



## **Münchener Beiträge zur Politikwissenschaft**

herausgegeben vom  
Geschwister-Scholl-Institut  
für Politikwissenschaft

---

**2015**

Marcus van Dyck

**Private philanthropische  
Stiftungen in der Global  
Health Governance**

---

Masterarbeit bei  
Prof. Dr. Edgar Grande  
WiSe 2014/15

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	iv
Vorwort .....	v
<b>1. Einleitung – Private Akteure im globalen Kontext .....</b>	<b>1</b>
1.1 Das politikwissenschaftliche Problem.....	4
1.2 Ziel der Arbeit und Fallauswahl .....	7
1.3 Vorgehensweise.....	12
<b>2. Theoretische Grundlagen .....</b>	<b>13</b>
2.1 Global Health .....	16
2.1.1 Transnationale Infektionskrankheiten mit dem Fokus auf Tuberkulose .....	17
2.1.2 Global Health Governance .....	19
2.2 Konzept globaler öffentlicher Güter.....	20
2.2.1 Globale öffentliche Güter .....	21
2.2.2 Medizinisch-technologische Forschung aus der Perspektive globaler öffentlicher Güter ...	24
2.3 Private philanthropische Stiftungen .....	27
2.3.1 Charakteristika und die Rolle von privaten philanthropischen Stiftungen .....	29
2.3.2 Philanthropie und Wohltätigkeit.....	39
2.3.3 Die Bill und Melinda Gates Stiftung .....	44
2.4 Dimension der Leistungsfähigkeit - Effektivität .....	51
<b>3. Fallstudie .....</b>	<b>54</b>
3.1 Anwendung der Theorie: Regelungsbedürftigkeit in der Forschung zur Tuberkulose .....	55
3.1.1 Forschung und Infektionskrankheiten– ein vernachlässigter Bereich? .....	55
3.1.2 Regelungsbedürftigkeit in der Tuberkuloseforschung .....	58
3.2 Bill und Melinda Gates Stiftung und der Forschungsbereich.....	63
3.2.1 Der Forschungskern: Impfstoff,- Arzneimittel- und Diagnosemittelforschung .....	63
3.2.2 Umsetzung der Forschung: Gates Grand Challenges .....	65
3.2.3 Ziel und Strategie für die Tuberkulose .....	67
3.3 Engagement der Gates Stiftung in der medizinisch-technologischen Forschung zur Tuberkulose .....	69
3.3.1 Produktionsdefizit .....	69
3.3.2 Finanzierungsdefizit .....	79
3.3.3 Koordinationsdefizit .....	84

3.3.4 Abgleich zwischen dem Stiftungsengagement und dem Bedarf .....	87
<b>4. Schluss</b> .....	91
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	92
4.2 Rückbezug: Philanthropische Stiftungen als relevanter Akteur für die Global Public Health?.....	95
4.3 Ausblick.....	99
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	100
Tabellenverzeichnis .....	114
Abbildungsverzeichnis .....	114
<b>Anhang</b> .....	115
Anhang 1: Abbildungen .....	116
Anhang 2: Variablendefinition und Regelungsbedürftigkeit.....	118
Anhang 3: Kriterien der Analysekatgorien.....	120
<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	133

## **Abkürzungsverzeichnis**

BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
GAVI Alliance	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GCGH	Grand Challenges in Global Health
GCE	Grand Challenges Explorations
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHG	Global Health Governance
GPG	Global Public Good
GPGH	Global Public Good for Health
IAVI	Internaitonal AIDS Vaccine Initiative
IGO	Internationale gouvernementale Organisation
MDR-TB	Multi-drug resistant tuberculosis
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases
NGO	Nongovernmental Organisation
PPP	Public-Private Partnership
RF	Rockefeller Foundation
TB	Tuberkulose
TB Alliance	Global Alliance for TB Drug Development
UNO	United Nations Organization
WHO	World Health Organization
XDR-TB	Extensively drug-resistant tuberculosis

## Vorwort

Der Blick aus dem Fenster gewährt einem tiefe Einblicke über den Ablauf in unserer Gesellschaft und die Welt, wie wir sie uns geschaffen haben. Was wir dabei entdecken, ist eine Welt voller Paradoxien. Wir fällen Bäume, damit wir dann auf Papier festhalten, wie sich effektiv Umweltschutz betreiben lässt. Wir verbrennen global immer mehr fossile Energie, wissen, dass die natürlichen fossilen Vorräte begrenzt sind und die Effekte der Verbrennung verheerend sein können – unglücklicherweise nicht für diejenigen, die genau das tun. Wir haben uns in unseren westlichen Sphären ein Überangebot an Nahrung, Komfort und technologischen Hilfsmitteln geschaffen und erkranken nun an der daraus resultierenden Bequemlichkeit. Wir kommen zum Mond, aber dank neuer digitaler Kommunikation kaum noch zur Tür des Nachbarn. Wir spalten Atome, aber nicht gesellschaftliche Konfliktlinien – was sich durch den Anschlag auf Charlie Hebdo zum Jahresbeginn auf eine sehr traurige Weise gezeigt hat. Die Welt ist voller solcher Paradoxien. Die zwischenmenschliche Kommunikation steht beispielhaft dafür: Technologische Kommunikationsentwicklungen erlauben immer größere individuelle, zeitnahe und weltweite Vernetzung – aber um den Preis, dass diese Vernetzung vor allem virtuell stattfindet und die Illusion einer virtuellen Gefühlswelt und einer Marginalisierung von Zeit erschafft.

Viele Menschen kommunizieren mittlerweile lieber über ihr elektronisches Gerät, bevor sie sich mit dem Anderen unter vier Augen unterhalten. In der heutigen Zeit, in denen Technologien unseren Alltag bestimmen – Smartphone in der einen Hand, Musik im Ohr und ein Tablet in der anderen Hand – zeichnet sich dieser Umstand deutlich ab. Es ist diskussionswürdig, ob Technologie per se eine anti-soziale Komponente innehat oder ob wir Menschen es schlicht verfehlen mit der Technologie sozial umzugehen. Was der Grund auch sein mag, in einer heutigen Generation von iMacs, iPhones und „Selfies“, von so unzähligen „I“s, fehlt zunehmend der Blick für das Wir, das Uns. Dabei sind es diese realen Verbindungen, die Zeit mit Freunden und Familie, die uns Gefühle und damit Leben vermitteln. Ein virtueller Smiley sagt nichts über die Gefühlslage eines Menschen aus, das Gesicht der Person, die uns gegenüber sitzt, dagegen schon. Die Bedürfnisse von Anderen finden sich aber nicht auf einem virtuellen Display und sind auch nicht mit einem Tastendruck auf die Autokorrektur zu erfüllen bzw. zu lösen.

Die technologischen Fortschritte erlauben dabei heute Live-Gespräche rund um den Globus, über Webseiten kann der Kontakt mit Menschen aus jedem Winkel der Erde aufgenommen werden und Bilder oder Ideen können in Bruchteilen von Sekunden mit Freunden und Fremden gleichermaßen geteilt werden. Das sind zweifelsohne Errungenschaften, die unser

Leben enorm bereichert haben. Dieselbe technologische Entwicklung suggeriert aber, dass die beiden Faktoren „Mensch“ und „Zeit“ praktisch unendlich und sofort verfügbar sind. Die beiden Faktoren stehen in unmittelbarem Zusammenhang: Die Zeit nimmt uns die Menschen und Menschen nehmen uns die Zeit. Wenn beide Quellen erschöpflich sind, warum dann nicht mit denjenigen Menschen wieder real mehr Zeit verbringen, denen wir nahe stehen und die uns die gemeinsam verbrachte Zeit schätzen lassen – und wir so umgekehrt wieder diejenigen Menschen schätzen, mit denen wir unsere kostbare Zeit verbringen können und dürfen. Denn keine Technologie vermag es bisher uns eins von beiden wiederzubringen, wenn es einmal fort ist. Daher sollten wir uns ab und an ins Gedächtnis rufen, dass Zeit – und nicht monetäre oder materielle Werte – das wichtigste Gut darstellt, welches wir besitzen. Um die Zeit zu nutzen, die uns bleibt, sollten wir wieder mehr Zeit in den realen Kontakt zu Menschen investieren, die unser Leben bereichern, lebenswert machen und deren Leben wir im Umkehrschluss bereichern können – denn wir können uns glücklich schätzen, wenn wir nur ab und zu die Chance erhalten, die Lebenswelt eines Einzelnen auch nur ein kleines Stückchen besser zu machen.

Für den Abschluss dieser Arbeit gilt mein Dank einer Reihe von Personen. Ich danke zunächst Herrn Prof. Dr. Grande für seine zahlreichen Anregungen, sowie den Teilnehmern des Colloquiums für die fruchtbare Diskussion. Darüber hinaus haben mich zahlreiche Menschen beim Schreiben der Masterarbeit unterstützt und so entscheidend zu ihrer Entstehung beigetragen. Ich danke all meinen Freunden, die mich in hektischen Phasen zurück auf den Boden geholt haben und mir, trotz meines Auslandsaufenthaltes in Zürich, während dem Verfassen dieser Arbeit eine unvergessliche Zeit beschert haben – vielen Dank! Ganz besonders danke ich meiner Mutter für die tatkräftige Unterstützung in allen Lebenslagen sowie für ihre weisen Worte und Ratschläge, die mich auf meinem Lebensweg bisher immer an mein Ziel gebracht haben und das auch in Zukunft tun werden.

München, Januar 2015

Marcus van Dyck

# 1. Einleitung – Private Akteure im globalen Kontext

*„The world is getting more interconnected and interdependent. We are increasingly facing global challenges that affect all countries and their citizens, whether they like it or not, and regardless of whom is responsible. This is true for climate change and environmental issues like biodiversity and resource scarcity. This is true for many economic and financial issues; this is true for migration or pandemics.“*

Dr. Joseph Deiss (Deiss 2010),  
ehemaliger Präsident der UNO-Generalversammlung

Die Globalisierung<sup>1</sup> hat die Interdependenz der Welt und damit den Regulierungsbedarf auf globaler Ebene vorangetrieben. Im Zuge der gestiegenen ökonomischen Interaktionen kam es zunächst in diesem Sektor zur Herausbildung interdependenter Strukturen und durch „spill-over“ Effekte auch in andere Bereiche – unter anderem dem Gesundheitsbereich. Im globalen Gesundheitsbereich (Global Health) spiegelt sich im aktuellen Ausbruch des Ebolafiebers in Westafrika die Auswirkungen der Interdependenz durch die Globalisierung besonders prägnant wieder.<sup>2</sup> Die WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan weist präkurativ darauf hin, dass jede Stadt mit einem internationalen Flughafen sich dem Risiko aussetzt, eine infizierte Person unbemerkt aufzunehmen und so dem Virus eine globale Verbreitung ermöglicht wird (United Nations 2014). Ein zunächst rein regional auftretender Krankheitsausbruch in Westafrika<sup>3</sup> sorgt nicht mehr nur in den betroffenen Gebieten, sondern durch die Vernetzung der Welt infolge der gestiegenen Mobilitätszunahme auch in Madrid, New York, London und

---

<sup>1</sup> Die Globalisierung verändert die Interaktionen zwischen Menschen auf drei Ebenen: räumlich, temporal und kognitiv. Räumlich bedingt die Globalisierung ein Aufbrechen nationaler Grenzen, sie bewirkt eine Beschleunigung sozialer Interaktionen durch technologische Entwicklungen wie dem Internet (temporal) und sie fördert die Erkenntnis, dass Wissen nun global zugänglicher wird und sich diesbezüglich auch das Bewusstsein der Menschen kognitiv erweitert. Julio Frenk und Ocarío Gómez-Dantés sprechen mit Blick auf die Globalisierung auch von der „death of distance“ (Frenk/Gómez-Dantés 2002). Diese Ebenen der Globalisierung haben Auswirkungen auf die ökonomische, politische, kulturelle und soziale Dimension der Menschen. Auf die Effekte der Globalisierung auf die Gesundheit gehe ich in Kapitel 2.1. ein.

<sup>2</sup> Am 8. August 2014 hatte die WHO nach internen Beratungen die Epidemie zum Internationalen Gesundheitsnotfall erklärt (WHO 2014a). Der Virus hat sich in den westafrikanischen Ländern Guinea, Liberia, Nigeria und Sierra Leone ausgebreitet. Im Verlauf der Ausbreitung meldeten auch die USA und Spanien weitere Erkrankungsfälle. Der Ebolavirus verbreitet sich rasch durch den Kontakt mit Körperflüssigkeiten infizierter Personen und endet, da noch kein offiziell zugelassenes Präparat existiert, ohne alternative kurative Maßnahmen in einem Großteil der Fälle tödlich. Ende August, Stand 31. August 2014, meldete die WHO bereits 2106 bestätigte Erkrankungsfälle und 1579 Verdachtsfälle, wobei insgesamt die Weltgesundheitsorganisation die Gesamtzahl der betroffenen Personen auf 3685, darunter 1841 Todesfälle im Zusammenhang mit dem Ebolafieber bezifferte. Die Zahl der Todesopfer stieg Anfang Oktober, Stand 03. Oktober 2014, auf 3431. Im November, Stand 02. November 2014, stieg die Zahl der Todesopfer auf 4818 und Mitte Dezember stieg die Zahl der Todesopfer auf 6583 bei 18.811 registrierten Fällen (bestätigte, wahrscheinliche und vermutete). Stand 9. Januar 2015 wurden 21.086 Fälle gemeldet bei 8289 Todesfällen (WHO 2014b).

<sup>3</sup> Das Ebolafieber, ausgelöst durch den Ebolavirus, ist bereits 26 Mal im Zeitraum von 1976 - 2014 in West- und Mittelfrika ausgebrochen. Bisher war der Ausbruch auf ein oder zwei Länder beschränkt. Das Novum an diesem neuen Ausbruch ist die gleichzeitige Betroffenheit einer Vielzahl von Staaten (Centers for Disease Control and Prevention 2014).

Berlin für Maßnahmen. Das verdeutlicht den von Joseph Deiss angesprochenen neuen Charakter dieser transnationalen Herausforderungen: Globale Herausforderungen, welcher Art auch immer, betreffen nun auch alle, ob sie denn wollen oder nicht.

Dieser Befund kennzeichnet im Umkehrschluss die zentrale Herausforderung, die durch die Globalisierung an die Staaten gestellt wird: Staaten sind alleine nicht mehr in der Lage den Herausforderungen, die über eine zunehmend globale Dimension verfügen, zu begegnen. Traditionell fielen die Problemursache und die anschließende Problemlösung durch den Nationalstaat zusammen. Dazu verliefen auch die Bereitstellung, Koordination und Distribution öffentlicher Güter<sup>4</sup> – dazu kann auch Gesundheit gezählt werden – traditionell durch staatliche Akteure auf nationaler und globaler Ebene. Die Inkongruenz der staatlichen Problembearbeitungskapazität und der Deterritorialisierung transnationalen Problemlagen hat die Nachfrage nach flexiblen institutionalisierten Formen von Governance<sup>5</sup>, sowohl auf nationaler als auch auf globaler Ebene, erhöht (Zürn 1998: 17, 203). Dieser Umstand wird dadurch verschärft, dass die zur Problemlösung entwickelten, traditionellen, globalen Governanceinstrumente zwischenstaatlicher Kooperation – dazu zählen die internationalen gouvernementalen Organisationen (IGOs) wie die UNO und deren Unterorganisationen wie die WHO – nicht nur im globalen Gesundheitsbereich zunehmend an die Grenzen ihrer Problemlösungsfähigkeit stoßen. Diese leidet an der wenig flexiblen bürokratischen Organisationsstruktur und der Konsensabhängigkeit von IGOs, bedingt durch divergierende politische Interessenslage souveräner Staaten (Dogdson et. al. 2002: 7). Die Forderung nach einer flexiblen Form von Governance bringen Thomas Hale und David Held pointiert auf den Punkt: „We are essentially using 17th-century institutional technology to confront 21st-century challenges“ (Hale/Held 2011: 3).

Auf der globalen Ebene ist mittlerweile ein Wandel von einer international intergouvernementalen Governance hin zu einer globalen Governance<sup>6</sup> zu erkennen (Rosenau/Czempiel

---

<sup>4</sup> In der Arbeit betrachte ich Gesundheit, hier definiert über die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, als globales öffentliches Gut, was die von Kaul et. al. formulierten Kriterien für ein solches Gut erfüllt (Kaul et. al. 1999). Auf die genaue Konzeption und die Einschränkungen gehe ich ausführlicher in Kapitel 2.2.1 ein.

<sup>5</sup> Grundsätzlich bezieht sich der Begriff auf jede Art von Koordinations- und Ordnungsformen, so dass der Begriff wiederum ohne entsprechenden Kontext Informationsgehalt verliert (Benz/Dose 2004: 25; Benz 2008: 36; Bevir 2011: 2). Im Kontext dieser Arbeit verstehe ich Governance nach Michael Zürn. Für Michael Zürn heißt Governance „die Gesamtheit der kollektiven Regelungen, die auf eine bestimmte Problemlage oder einen bestimmten gesellschaftlichen Sachverhalt zielen und mit dem Verweis auf das Kollektivinteresse der betroffenen Gruppe gerechtfertigt werden“ (Zürn (2008): 554). Ich analysiere philanthropische Stiftungen als Akteure im Hinblick auf ihre Leistungsfähigkeit zur Erbringung von globalen öffentlichen Gütern und daher ist es notwendig, die Problemlagenorientierung, die entsprechende Handlungsmechanismen verlangt, zu betrachten.

<sup>6</sup> Das Global-Governance Konzept erweitert die Governanceperspektive um transnationale Akteure und rückt die Mehrebenenstruktur politischer Entscheidungsprozesse in den Vordergrund. Nach Thomas Weiss bezieht sich das Konzept auf globale kooperative Problemlösungsarrangements zwischen Akteuren (Weiss 2013). Auf das hier verwendete Verständnis dieses Konzept gehe ich in Kapitel 1.2 näher ein.



1992). Der eindrucksvollste Indikator dieser institutionellen Dynamik stellt die quantitative Zunahme von nicht-staatlichen Akteuren – sowohl privaten als auch zivilgesellschaftlichen – dar. Die Zahl dieser Nichtregierungsorganisationen (NGOs) ist dabei weltweit von etwa 3000 im Jahr 1970, auf etwa 56.000 im Jahr 2011 angestiegen, während im selben Zeitraum die Zahl der IGOs von 240 auf lediglich 7600 angestiegen ist (Union of International Associations 2011).<sup>7</sup> Der Anstieg von NGOs ist begleitet von einer steigenden Intensivierung transgouvernementaler und transnationaler Beziehungen durch die Herausbildung neuer Governancestrukturen unter Einbezug von nicht-staatlichen Akteuren.<sup>8</sup> Die zentralen Elemente des globalen Wandels subsumieren Ole Sending und Iver Neumann folgendermaßen: Erstens basieren Regierungsprozesse nicht länger allein auf hierarchischen vertikalen Entscheidungen, sondern nehmen vermehrt horizontale und inklusiv-kooperative Formen an; Zweitens gewinnen nicht-staatliche Akteure auf der internationalen Ebene an Einfluss und drittens sind durch diesen Prozess in einem Politikfeld nun eine Vielzahl von Akteuren tätig (Sending/Neumann 2006). Folglich sind nicht-staatliche Akteure in Entscheidungsprozesse eingebunden und, je nach Akteurstypus, an der Implementation, Überwachung und Durchsetzung von Entscheidungen beteiligt. Zusammengefasst: Nicht-staatliche Akteure betreiben Governance.

Wenn der vorherrschende multilaterale UN-Ansatz in seiner Governancestruktur um nicht-staatliche Akteure ergänzt wird, dann stellt sich die Frage, welchen Mehrwert diese Akteure erbringen: Konkret ist zu fragen, welchen Beitrag sie zur Leistungsfähigkeit von Global Governance beitragen können. Seit der Jahrtausendwende ist der internationale Aufstieg nicht-staatlicher Akteure in seinen verschiedenen Facetten ein zentrales Thema in der Forschungswelt (Brühl 2001; Schuppert et. al. 2006; Reinalda 2011). In den Fokus der Forschung geraten zunehmend transnationale zivilgesellschaftliche Akteure als Teilbereich nicht-staatlicher Akteure (Akira 2002; Hammack/Heyedemann 2009). Bisher ist die Rolle eines privaten Akteurs in diesem Zusammenhang weder intensiv thematisiert, noch bezüglich der Leistungsfähigkeit eingehend empirisch untersucht worden. Es handelt sich dabei um private

---

<sup>7</sup> Der Terminus NGO wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Die Weltbank versteht unter einer Nichtregierungsorganisation: „In wider usage, the term NGO can be applied to any non-profit organization which is independent from government“ (Weltbank 1995). Eine solche weite Definition erscheint für praktische Analysen allerdings nicht geeignet, da nach diesem Verständnis zivile Protestbewegungen, humanitäre Hilfsorganisationen und Stiftungen, trotz ihrer unterschiedlichen Charakteristika und Funktionen, unter demselben Begriff subsumiert werden. Für folgende Abhandlung unterscheide ich daher in der klassischen Trias zwischen Staat, privaten *for-profit* Unternehmen und zivilgesellschaftlichen *not-for-profit* Akteuren. Wenn im Folgenden von NGOs die Rede ist, so sind explizit Stiftungen ausgenommen. Stiftungen weisen spezifische Charakteristika auf, die sie von anderen NGOs abgrenzen. In Kapitel 2.3.1 erläutere ich diese Differenzierung genauer.

<sup>8</sup> Dazu zählen Netzwerke transnationaler Akteure und die Kooperation von IGOs und Regierungen mit nicht-staatlichen Akteuren im Rahmen so genannter Public-Private Partnerships (PPP) auf globaler Ebene (Andonova 2006). Als weitere Gründe für den Einbezug privater Akteure in das globale Governancesystem (vertreten durch die Vereinten Nationen) können die chronische Unterfinanzierung der UN-Organisationen und ein ideologischer Wandel hin zu einem neoliberalen Verständnis genannt werden (Bull et. al. 2007: 484).

philanthropische Stiftungen. Dieser Umstand wirft einige Fragen auf, denn sie pauschal als marginale Randgestalten einzuordnen, wird zum einen ihrer inhärenten Logik – der Kombination aus finanziellen Ressourcen und Flexibilität gepaart mit wohltätiger Zweckorientierung – und zum anderen dem Umstand nicht gerecht, dass philanthropische Stiftungen zunehmend einen integralen Bestandteil der neuen Governanceinstrumente, der Public-Private Partnerships im Gesundheitswesen, darstellen.

## **1.1 Das politikwissenschaftliche Problem**

Philanthropische Stiftungen sind von privaten profitorientierten Unternehmen, zivilgesellschaftlichen Nichtregierungsorganisationen und staatlichen Organisationen abzugrenzen. Das erste zentrale Unterscheidungselement stellt die Kapitalquelle dar. Stiftungen sind durch die Einlage des (privaten oder unternehmerischen) Stifters finanziell – und dadurch auch politisch – in vielerlei Hinsicht unabhängig: Zunächst unterliegen Stiftungen nicht wie andere wohltätige NGOs (beispielsweise Ärzte ohne Grenzen) dem Imperativ des Spendenaufkommens. Außerdem stehen sie, anders als private Unternehmen, außerhalb von marktorientierten Konkurrenzkräften und sind nicht an politisch oder ökonomisch determinierte Budgetgrenzen gebunden. Das zweite Unterscheidungselement betrifft die Struktur von Stiftungen: Sie sind an keine formalen Rechenschaftsmechanismen gebunden, also Wählerstimmen, Mitglieder oder Konsumenten, sondern einzig und allein dem Stiftungsrat und letztlich dem Stiftungsgründer gegenüber rechenschaftspflichtig. Damit besitzen Stiftungen ein hohes Maß an Entscheidungsautonomie (Anheier/Leat 2006). Sie agieren durch diese Charakteristik in einer Rolle als Intermediator zwischen staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren (Moran 2009, 2014). Philanthropische Stiftungen besitzen grundsätzlich den eigenen Anspruch Leistungen im Dienste der öffentlichen Wohlfahrt zu erbringen, wo diese aus ihrer Sicht durch staatliche und private Akteure nicht in dem gewünschten Ausmaß umgesetzt werden. Hier ist insbesondere der globale Gesundheitsbereich als ein zentraler Ansatzpunkt zu nennen.

Lag der primäre Fokus von Stiftungen zunächst auf der nationalstaatlichen Ebene, so änderte sich das mit Beginn des 20. Jahrhunderts durch die zunehmende Internationalisierung der Staatenwelt und durch die Herausbildung von sehr wohlhabenden philanthropischen Stiftungen wie der Rockefeller oder Carnegie Stiftung, deren Gründung auf eine wohlhabende Einzelperson beziehungsweise Familie zurückgeht. Diese Stiftungen zeigten international vermehrte aktive Präsenz, insbesondere im Global Health Bereich. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Start der Rockefeller-Kampagne zur Ausrottung des Hakenwurms in Mexiko

im Jahr 1920 und der Kampf gegen das Gelbfieber.<sup>9</sup> Die Präsenz im globalen Gesundheitsbereich hat sich im Laufe der Jahre weiter gesteigert: Im Jahr 2004 spendeten philanthropische Stiftungen 49,1% ihrer internationalen Ausgaben im Global Health Bereich, wobei knapp 50% dieser Ausgaben allein von der Bill und Melinda Gates Stiftung (BMGF) stammten (Marten/Witte 2004: 5). Die Gates Stiftung stellt den mit Abstand größten Beitrag aller philanthropischer Stiftungen im Global Health Bereich (Vgl. Tabelle 4 auf S. 45). Im Jahr 2012 spendete die BMGF allein 1,3 Mrd. US-Dollar in ihrem globalen Gesundheitsprogramm, was dem gesamten Spendenaufkommen von Kanada, Deutschland und Frankreich zusammen entsprach und fast den 1,6 Mrd. US-Dollar entsprach, die von der WHO ausgegeben wurden. Insgesamt hat die BMGF von 1994 bis 2011 14,7 Mrd. US-Dollar in ihre Projekte im Global Health Bereich investiert (OECD 2014: 20). Die Steigerung der Finanzmittel im globalen Gesundheitsbereich steht in Verbindung mit einem generellen Anstieg der Entwicklungshilfenausgaben philanthropischer Stiftungen: Zwischen 1994 und 2008 nahm das außeramerikanische Spendenvolumen der 50 größten US-amerikanischen Stiftungen für die gesamte Entwicklungspolitik von 680 Mio. Dollar im Jahr 1994 auf 6.2 Mrd. US-Dollar 2008 zu (Herdt 2012: 185). So verschafften ihnen ihre Ausgaben an Entwicklungshilfen in Höhe von 4,6 Mrd. US-Dollar im Jahr 2011 einen Anteil von etwa 12% der privaten philanthropischen USAusgaben (Hudson Institute 2013: 9). Die gesamten Entwicklungsausgaben philanthropischer Stiftungen in Höhe von 6,2 Mrd. US-Dollar erscheinen marginal, wenn sie mit der globalen staatlichen Entwicklungshilfe in Höhe von 134,8 US-Dollar verglichen werden (OECD 2014: 399). Dieser Umstand muss aber mit dem Blick auf die Philanthropie als Ganzes betrachtet werden: Wenn die 30 reichsten Personen der Welt lediglich die Hälfte ihres Vermögens spendeten, so käme ein Betrag in Höhe von knapp 550 Mrd. US-Dollar zustande. Das entspricht etwa dem Vierfachen der globalen staatlichen Entwicklungshilfe.<sup>10</sup> Diese Konzentration von Finanzkraft ist zugleich ein Ausdruck für die finanziellen Möglichkeiten privater Personen, als auch den quantitativen und qualitativen Wandel im philanthropischen Stiftungswesen, der sich in den letzten Jahren beobachten lässt. Der Wandel drückt sich in einem Aufkommen

---

<sup>9</sup> Beide Ziele konnten nur bedingt erreicht werden: Während der Hakenwurm in Mexiko nur stellenweise zurückgetrieben wurde, konnte auch das Gelbfieber nicht ausgerottet werden. Ganz erfolglos war die Initiative aber nicht: Der damals mit Hilfe der Wissenschaft entwickelte Impfstoff findet auch heute noch Verwendung (Kiger 2000).

<sup>10</sup> Die 30 reichsten Personen der Welt besitzen fast ausnahmslos alle eine eigene Stiftung: Dazu zählen unter anderem Michael Bloomberg (ehemaliger New Yorker Bürgermeister), Ted Turner (CNN), Mark Zuckerberg (Social Media/Facebook) oder Carlos Slim (Telekommunikation/Telmex). Von diesen 30 Personen besitzen nur Jack Ma (Internethandel/Alibaba), Steve Ballmer (Technologiesektor) und die Gründer von Google Sergey Brin und Larry Page keine eigene Stiftung. Das private Gesamtkapitalvermögen dieser Gruppe liegt bei knapp 1,1 Billionen US-Dollar (883 Mrd. Euro; Stand der Umrechnung 29.11.2014) (Forbes 2014a).

einer neuen Generation von „Philanthrokapitalisten“<sup>11</sup> aus, die ihr Vermögen für philanthropische Zwecke spenden und dafür Stiftungen mit ihren genuinen Charakteristika als institutionalisierte Form ihrer Philanthropie nutzen (Moran 2014b).

Die Kombination aus Entscheidungsautonomie, Intermediatorrolle und materiellen Ressourcen versetzt diese neuen philanthropischen Stiftungen in die Lage, nicht mehr nur national, sondern auch auf der internationalen Ebene als politischer Akteur aufzutreten. Nachdem mehr als die Hälfte der internationalen Spendenausgaben philanthropischer Stiftungen in den globalen Gesundheitsbereich fließt, ist folglich zu fragen, welche Rolle sie dort als politischer Akteur einnehmen: Für die Gates Stiftung ist das auf der internationalen Ebene die Intention, einen Beitrag zum Kampf gegen transnationale Infektionskrankheiten zu leisten.

Die Verbreitung transnationaler Infektionskrankheiten wie AIDS, Malaria, Tuberkulose, Polio und weiterer häufig kaum berücksichtigter Krankheiten (*neglected diseases*) stellt das vorrangige Problem im Global Health Bereich dar. Infektionskrankheiten haben in ihrer Historie allein mehr Menschen das Leben gekostet als Kriege. Eindringliche Beispiele dafür sind die europäische Pestepidemie im 14. Jahrhundert, der etwa ein Drittel der europäischen Bevölkerung zum Opfer fiel oder die „Spanische Grippe“, die nach dem Ersten Weltkrieg etwa 22 Mio. Toten weltweit forderte. Die Pest wurde mittlerweile von HIV/AIDS und Malaria als dominante Infektionskrankheit abgelöst: An Malaria sind 2013 rund 600.000 Menschen gestorben. Im selben Jahr hat HIV/AIDS etwa 1,5 Mio. Todesopfer gefordert. Die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten (die WHO priorisiert 17 unterschiedliche Krankheiten in dieser Form) betreffen insgesamt etwa eine Milliarde Menschen in 149 Ländern (Hotez/Kamath 2009; WHO 2014c, 2014d).

Die Bekämpfung der Krankheitserreger lässt sich als Dienst an der öffentlichen Wohlfahrt und damit als die Bereitstellung eines globalen öffentlichen Gutes (GPG) verstehen (Smith et. al. 2004b).<sup>12</sup> Kennzeichen von globalen öffentlichen Gütern sind die fehlende Rivalität (*non-rival*), die Nicht-Ausschließbarkeit vom Konsum (*non-excludable*) und die weltweite Verfügbarkeit (*worldwide available*) (Kaul et. al. 1999).<sup>13</sup> Von der Eindämmung von Infektionskrankheiten profitieren alle Länder (die Ausrottung in einem Land verringert die Chance einer

---

<sup>11</sup> In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auch von neuen „megaphilanthropists“ (Fulton/ Blau 2005: 4) oder „strategic philanthropists“ gesprochen (Sandfort 2008). Hinter dem Begriff „philanthrocapitalists“ steht der Neologismus „Philanthrokapitalismus“. Dieser wird als Philanthropie enorm reicher Unternehmer konnotiert, die als Stifter im Hintergrund globale Unternehmen besitzen (Sandberg 2014). Die Rolle dieser neuen Philanthropieform rückt zunehmend in den Fokus der Forschung und ist zentral für das Verständnis von philanthropischen Stiftungen der neuen Generation. In Kapitel 2.3.2 gehe ich darauf näher ein.

<sup>12</sup> Im globalen Gesundheitsbereich gibt es noch zahlreiche weitere Herausforderungen, insbesondere durch den Zusammenhang von Gesundheit mit anderen sozio-ökonomischen Faktoren. Von Relevanz für meine Ausführungen sind jedoch die Infektionskrankheiten als globales öffentliches Gut und ihr Stellenwert in der Global Health Governance.

<sup>13</sup> Auf die Unterschiede zwischen öffentlichen und globalen öffentlichen Gütern gehe ich in Kapitel 2.2.1 ein.

transnationalen Ausbreitung in einem anderen Land) und Personen beziehungsweise Bevölkerungsgruppen gleichermaßen (von einer geringeren Infektionsgefahr profitieren alle Beteiligten, ohne dass der Konsum einzelner Individuen die Chancen einer anderen Person diesbezüglich einschränkt) (Smith/Woodward 2003). Die Relevanz einer effektiven und effizienten Bereitstellung dieses globalen öffentlichen Gutes wird anhand der Zahl betroffener Personen schnell ersichtlich.

Als Ursache für die Probleme bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten kann aus der Sichtweise globaler öffentlicher Güter ein *Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizit* für die *medizinisch-technologische Forschung* identifiziert werden (Smith et al. 2004b: 272). Die Defizite äußern sich in einem bestehenden Mangel an wirksamen und bezahlbaren Medikamenten beziehungsweise Impfstoffen, technischen Ausrüstungen zur Diagnose und Programmverbesserung, finanziellen Mitteln für eine nachhaltige Finanzierung der Forschung und einer Koordination zum rationalen Einsatz der knappen Ressourcen. Es kann somit ein Fehlen wirksamer, angemessener und kostengünstiger Lösungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage betroffener Bevölkerungsgruppen und Länder konstatiert werden. Das Versagen bei der Eindämmung und der Ausrottung von Infektionskrankheiten kann aus diesem Grund als das Versagen von staatlichen Akteuren im kollektiven Handeln für die Bereitstellung einer effizienten *medizinisch-technologischen Forschung* angesehen werden (Gartner 2012: 303).

## **1.2 Ziel der Arbeit und Fallauswahl**

Philanthropische Stiftungen haben den eigenen Anspruch Leistungen dort zu erbringen, wo dies durch staatliche Akteure nicht in einem ausreichenden Maße erfolgt und staatliche Akteure offensichtlich nicht in der Lage sind die drei Kapazitätslücken ausreichend auszufüllen. Daher stellt sich die Frage, was philanthropische Stiftungen als politischer Akteur in der Forschung genau tun und welchen Beitrag philanthropische Stiftungen hier mit ihrem Engagement leisten können. Daran knüpft sich die Überlegung, inwiefern philanthropische Stiftungen als wichtiger Akteur zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, definiert als ein globales öffentliches Gut, anzusehen sind.

Als philanthropische Stiftung ziehe ich die Bill und Melinda Gates Stiftung heran. Die Wahl der BMGF erfolgt aus drei Gründen. Zunächst ist ein Engagement in der Forschung kosten- und personalintensiv. Im Hinblick auf die Finanzkraft stellt die Stiftung mit einem Eigenkapital von knapp 37 Mrd. US-Dollar die mit Abstand kapitalkräftigste und einfluss-

reichste philanthropische Stiftung dar.<sup>14</sup> Die BMGF besitzt neben den finanziellen Ressourcen einen professionellen Mitarbeiterstab von etwas über 1000 Personen in ihrer Zentrale in Washington und somit auch die administrativen Ressourcen für Aktivitäten im Bereich der medizinisch-technologischen Forschung. Außerdem verfolgt sie mit ihrem „Global Health“-Programm explizit das Ziel der Forschungsförderung und betont den Stellenwert wissenschaftlich-technologischen Fortschritts:

*„Our Global Health Division aims to harness advances in science and technology to save lives in developing countries” (Bill und Melinda Gates Stiftung c)*

Mehr als 97% der finanziellen Ausgaben standen dabei im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten. Als Vertreter der neuen, an ökonomischen Grundsätzen orientierten Generation philanthropischer Stiftungen ist sie zudem stark an messbaren Ergebnissen orientiert und unternimmt entsprechende Anstrengungen, die Ergebnisse zu evaluieren und Daten bereitzustellen. Aus den genannten Gründen erscheint es sinnvoll, den finanzkräftigsten und einflussreichsten Akteur zur Analyse heranzuziehen, da hier am ehesten substantielle und methodologisch nachvollziehbare Effekte zu erwarten sind.

Die abhängige Variable ist die *medizinisch-technologische Forschung*, welche aus der Perspektive globaler öffentlicher Güter eine der vier Erfolgsvariablen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten darstellt.<sup>15</sup> Die vier Erfolgsbedingungen sind: Wissen und Technologie, Internationale Regulierung, nationale Gesundheitssysteme und nicht unmittelbar gesundheitsbezogene Faktoren wie Armut, Bildung und Nahrungsmittelversorgung (Smith et. al. 2004b: 273).<sup>16</sup> *Medizinisch-technologische Forschung* operationalisiere ich über die vier Bereiche der Forschung: Impfstoff-, Diagnosemittel-, und Arzneimittelforschung sowie die operationale Forschung. Zur Fallauswahl wird explorativ der Bereich der Tuberkulose untersucht. Im Jahr 2013 haben sich 9 Mio. Menschen mit dem Tuberkuloseerreger infiziert, wobei der Erreger 1,5 Mio. Todesopfer gefordert hat (WHO 2014f). Es existieren zwar Medikamente und Behandlungsmethoden für Tuberkulose, jedoch ist noch mehr Forschungs- und Entwicklungsar-

---

<sup>14</sup> Auf internationaler Ebene hat die BMGF die globale Impfkampagne GAVI Alliance und den Global Fund gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) mit jeweils 1,5 Mrd. US-Dollar unterstützt, die Initiative gegen Polio (Global Polio Eradication Initiative) und Malaria (PATH Malaria Vaccine Initiative) mit über 300 Mio. US-Dollar gefördert und ist Teilnehmer an der informellen H8-Gruppe, die neben der Stiftung aus der WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, GFATM und GAVI Alliance besteht (Bill und Melinda Gates Stiftung e).

<sup>15</sup> Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und medizinisch-technologische Forschung können beide als globales öffentliches Gut angesehen werden (vgl. dazu Kapitel 2.2). Die Operationalisierung der Variablen werden in Kapitel 2.2.2 erläutert sowie in Kapitel 3.2.1 weiter ausgeführt.

<sup>16</sup> Die Variablen stehen in enger Interaktion miteinander und sind allesamt für eine erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten notwendig. Jedoch liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht Auf der Analyse, welchen Stellenwert medizinisch-technologische Forschung im Rahmen der vier Erfolgsvariablen besitzt, sondern auf dem Beitrag philanthropischer Stiftungen – hier der BMGF – in der Forschung und dementsprechend der Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

beit erforderlich, bis diese Bekämpfungs- und Behandlungsmethoden wirksamer sind. In den letzten Jahren ist darüber hinaus ein Anstieg multiresistenter TB-Fälle (MDR-TB) zu beobachten. Diese Form der Krankheit ist gegen die Erstlinien-Medikamente resistent. Es gibt zudem extrem arzneimittelresistente TB-Erreger (XDR-TB), die auch gegen einige Zweitlinien-Medikamente resistent sind (Bill und Melinda Gates Stiftung *h* unter *Die Herausforderung*). Im Bereich der Forschung und Entwicklung sind somit immer noch beträchtliche finanzielle Ressourcen erforderlich, um neue Medikamente und einen wirksamen Impfstoff zu entwickeln (WHO 2014e).

Die Arbeit stellt eine explorative Studie zu einer philanthropischen Stiftung in dem globalen Gesundheitsbereich dar. Über eine empirische „Probeforschung“ in dem Forschungsgebiet der Tuberkulose soll die Fähigkeit der Gates Stiftung zur Schließung der Kapazitätslücken analysiert und eine Aussage getroffen werden, was die Gates Stiftung – stellvertretend für die Gruppe philanthropischer Stiftungen – im Forschungsbereich tatsächlich leisten kann. Die **Forschungsfrage**, die sich daraus ergibt, kann folgendermaßen formuliert werden:

*Wie effektiv leistet die Bill und Melinda Gates Stiftung mit ihren finanziellen und administrativen Ressourcen einen Beitrag zur Schließung des Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizits in der medizinisch-technologischen Forschung, die als ein zentraler Faktor zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten gilt?*

Der empirischen Frage geht zunächst eine deskriptive Bestandsaufnahme voraus, worin das Forschungsfeld der Global Health sowie der philanthropischen Stiftungen aufgearbeitet, ihre Rolle in dem Global Health Bereich und ihr eigener Anspruch als Leistungserbringer von globalen öffentlichen Gütern abgesteckt wird. Die **Forschungsobjekte** lauten:

- *Eine deskriptive Bestandsaufnahme zu Stiftungen: Was ist unter philanthropischen Stiftungen zu verstehen? Was sind ihre Eigentümlichkeiten? Wie lassen sie sich typologisiere und von anderen Akteuren differenzieren? Was können Stiftungen theoretisch leisten? Arbeiten sie konkurrierend oder komplementär zu staatlichen und anderen privaten Organisationen?*
- *Wo liegt die Regelungsbedürftigkeit bei Infektionskrankheiten?*
- *Inwiefern wird medizinisch-technologische Forschung als globales öffentliches Gut im Global Health Bereich vernachlässigt? Warum wird es vernachlässigt und durch wen? Wie ist der Ressourcenbedarf in der Forschung einzuschätzen?*
- *Sind die Kapazitäten von finanzstarken Bill und Melinda Gates Stiftungen ausreichend, um die Defizite zu schließen? Wie zielgerichtet ist ihr Beitrag? Wie ist letztlich*



*die Performanz philanthropischer Stiftungen hinsichtlich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, definiert als globales öffentliches Gut, zu bewerten?*

Mit Blick auf die Finanzausstattung und die Charakteristik der BMGF lässt sich folgende **Hypothese** formulieren:

*Die BMGF leistet als „Global Public Goods Champion“ einen zielgerichteten Beitrag zur Schließung des Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizits.*

Die Annahme der Arbeit ist, dass sich ein substantieller Beitrag der BMGF zur Schließung der Kapazitätslücken in der Tuberkuloseforschung letztlich in einer erhöhten Performanz in der Bekämpfung der Tuberkulose widerspiegelt. Diese Annahme wird auch für die allgemeine Ebene angenommen: Ein substantieller Beitrag von Stiftungen zur Forschung von Infektionskrankheiten sollte einen substantiellen Beitrag zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, im Sinne der Produktion eines globalen öffentlichen Gutes, darstellen.

Für die Bewertung ihrer Governance-Leistung muss untersucht werden, ob finanzkräftige philanthropische Stiftungen, wie die Bill und Melinda Gates Stiftung, durch ihre institutionelle Unabhängigkeit und ihre finanzielle Ausstattung einen substantiellen Beitrag zur Defizitbearbeitung in der *medizinisch-technologischen Forschung* (und damit einen Beitrag zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten) leisten können. Genauer ist zu untersuchen, welche Ressourcenquellen (monetär und administrativ) sie auf welcher Produktionsebene in der Forschung zur Problemlösung anbieten und einsetzen. Konkret sollte sich die Stiftungsaktivität in der Tuberkuloseforschung durch direkte und indirekte monetäre Unterstützung von Projekten, Anschubfinanzierungen von Partnerschaften und Forschungsinitiativen und einer Ressourcenmobilisierung von privaten Unternehmen zeigen. Mit anderen Worten: Die Stiftung sollte ihre Ressourcen gezielt auf derjenigen Ebene einsetzen, auf der die Defizite vorherrschen.

Der Arbeit liegt zur Beantwortung der Forschungsfrage ein analytisches Verständnis von Global Governance zu Grunde.<sup>17</sup> Diese Perspektive fokussiert sich darauf, wie Autorität ausgeübt und Ordnung gestaltet wird. Nach Renate Mayntz impliziert die analytische Perspektive einen kollektiven Problemlösungscharakter (Mayntz 2008: 45). Aus dieser Sichtweise kann Global Governance als Problembearbeitungsprozess verstanden werden. Mittels eines analytischen Zugangs zu den institutionellen Koordinations- und Handlungsmechanismen, soll die

---

<sup>17</sup> In der Literatur wird zwischen einem normativen und einem analytischen Verständnis von Global Governance unterschieden. Dem normativen Verständnis liegt eine Konzeptidee zu Grunde, die Reaktionen von nationalstaatlichen Regierungen unter normativ angemessenen Kriterien zusammenfasst. In diesem Zusammenhang wird das Konzept der „Good Governance“ verwendet (Messner/Nuscheler 2006). Aus der analytischen Perspektive sind dagegen die institutionellen Koordinations- und Handlungsmechanismen sowie die Identifizierung der entsprechenden Akteurskonstellation in den institutionellen Arrangements von Interesse (Benz/Dose 2004).



Leistungsfähigkeit der BMGF, im Hinblick auf ihre Fähigkeit Kapazitätslücken in der Produktion öffentliche Güter im Global Health Bereich zu schließen, beurteilt werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage verwende ich einen qualitativen Ansatz. Als Referenzwert für den Bedarf in der Forschung ziehe ich die Angaben der WHO als globale staatliche Instanz heran. Dazu ermittle ich anhand der öffentlich zugänglichen Dokumente der WHO, unterstützt durch die Dokumente des US-amerikanischen NIAID und des Centers for Diseases Control and Prevention, wo genau der Bedarf in der TB-Forschung liegt und wie das quantitativ zu bemessen ist. Das Engagement der Stiftung bestimme ich über die stiftungseigenen Dokumente. Die Stiftung bietet in ihrer Datenbank sowohl eine Übersicht über ihre gewährten Spenden in dem Global Health Bereich, stiftungseigene Dokumente zur Programmevaluation durch Partnerakteure, als auch Dokumente zur *Gates Grand Challenges*<sup>18</sup> an. Für die Bewertung soll die Tätigkeit der BMGF im Hinblick auf ihre Effektivität beurteilt werden. Dabei wird die Effektivität über den ziel- und bedarfsgerechten Beitrag zur Schließung der Kapazitätsdefizite operationalisiert.<sup>19</sup> Der Untersuchungszeitraum umfasst die Jahre von 2009 bis 2014. Der Grund dafür ist, dass die BMGF erst seit dem Jahr 2009 in ihren jährlichen Berichten gezielt nach den einzelnen Förderprogrammen differenziert. Ein Abgleich mit dem Engagement der Stiftung, unterstützt durch öffentliche Statistiken über den Erfolg im Kampf gegen die Tuberkulose und öffentliche Dokumente über pharmazeutische Neuzulassungen, soll aufzeigen, wie effektiv die Tätigkeit der Stiftung in der Tuberkuloseforschung ist. Diese Materialien stellen damit, neben entsprechender Sekundärliteratur, die primäre Informationsquelle für die Analyse dar.<sup>20</sup>

Die Ausführungen unterliegen auch Limitierungen. Die Forschung zu philanthropischen Stiftungen und „Philanthrokapitalismus“ ist noch sehr jung. Ich beziehe mich daher auf die zentralen Autoren in diesem Forschungsgebiet: Für die philanthropischen Stiftungen auf globaler Ebene sind das Michael Moran, David McCoy, Simon Rushton und Jeremy Youde. Für die Charakteristika und die Rolle von Stiftungen konzentriere ich mich vor allem auf die Arbeiten von Helmut Anheier und Kenneth Prewitt. Für das Forschungsgebiet des „Philanthrokapitalismus“ stütze ich mich auf die Ergebnisse von Berit Sandberg und Michael Edwards.

---

<sup>18</sup> Die „Grand Challenges“ umfassen 16 Probleme aus verschiedenen Disziplinen, darunter der Immunologie, Mikrobiologie, Molekularbiologie und Agrarwissenschaft. Die BMGF hat 100 Mio. US-Dollar für die Projektförderung bereitgestellt. Ausgewählte Projekte werden durch eine Initialförderung in Höhe von 100.000 US-Dollar gefördert und bei erfolgreichen Projektfortschritten sind Fördersummen in Höhe von 1 Mio. US-Dollar möglich (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a). Darauf gehe ich in Kapitel 3.2.2 ausführlicher ein.

<sup>19</sup> Die Operationalisierung der Effektivität und die diesbezüglichen Probleme in der Operationalisierung werden in Kapitel 2.4 erläutert.

<sup>20</sup> Selbstevaluationen der Tätigkeiten durch Stiftungen sind nicht selbstverständlich. Dies ist erst durch die Ökonomisierung von Stiftungen zu einem zentralen Thema geworden. Oft sind alleine Berichte von Empfänger die einzige Informationsquelle für Stiftungen über ihre Aktivitäten (Ulbert/Hamm 2011: 196).

Insbesondere für Policy-Maker im Global Health Bereich, die sich mit der Arbeit von Stiftungen konfrontiert sehen, ist die Kenntnis der Leistungsfähigkeit philanthropischer Stiftungen interessant, um eine bessere Einschätzung der tatsächlichen Kapazität dieser Form von Akteuren zu erhalten. Die Kapitalakkumulation von Privatpersonen ist zudem angestiegen, ebenso wie die Zahl philanthropischer Stiftungen. Daher ist es notwendig zu verstehen wie effektiv das angehäuften Vermögen „rückinvestiert“ investiert wird und wo die Grenzen freiwilliger Leistungen auf globaler Ebene liegen.

### **1.3 Vorgehensweise**

Aufbauend auf dem einleitenden Teil werde ich im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen für den weiteren Verlauf der Arbeit darlegen. Zunächst erfolgt ein Literaturüberblick, bevor in einem zweiten Schritt die Darstellung des Global Health Bereichs und die Regelungsbedürftigkeit von Infektionskrankheiten mit dem Fokus auf Tuberkulose erfolgt. Im Anschluss daran wird die Rahmenbildung durch die Konzeption von Infektionskrankheiten und medizinischer-technologischer Forschung als ein globales öffentliches Gut erläutert. Im dritten Teil folgt die deskriptive Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes der philanthropischen Stiftung in zweierlei Hinsicht: Zum einen stelle ich die Eigentümlichkeiten und die grundsätzlichen Mechanismen von Stiftungen, deren Verortung in der Trias aus staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie die Kritik an Stiftungen dar. Zum anderen gehe ich auf den Begriff der Philanthropie ein und stelle den Untersuchungsgegenstand der BMGF genauer dar. Im vierten Teil erläutere ich das hier verwendete Kriterium der Effektivität zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Anhand der aus den theoretischen Grundlagen gewonnenen Erkenntnisse wende ich diese im dritten Kapitel auf die Fallstudie der Tuberkulose an. Dazu erfolgt unter Anwendung der Theorie öffentlicher Güter, die Identifikation der Problematik in der Infektionsforschung und die Identifikation der Regelungslücken in der medizinisch-technologischen Forschung. In einem zweiten Schritt werden die Ziele und Strategien der BMGF in Bezug auf ihre Forschungsaktivität und der Tuberkulose dargestellt. Um ausgehend von der identifizierten Problematik der öffentlichen Güterproduktion in diesem Bereich die Leistungsfähigkeit der BMGF zu bewerten, wird im dritten Teil das Vorgehen der Stiftung zu den angegebenen Rahmenbedingungen der WHO in Bezug gesetzt: Es soll aufgezeigt werden, inwiefern die BMGF ihre Aktivität im Bereich der Tuberkuloseforschung entsprechend den Vorgaben der WHO zielgerichtet ausrichtet. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse ist Thema des vierten Kapitels. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt in dem Schlusskapitel eine Auseinandersetzung über die Frage, ob philanthropische Stiftungen als relevanter Akteur für die Global Public Health anzusehen sind. Darüber hinaus soll die Überlegung, ob

Philanthropie als Instrument in der Global Governance praktikabel ist, kritisch diskutiert werden.

## **2. Theoretische Grundlagen**

Im Folgenden präzisiere ich die verwendeten theoretischen Grundlagen, die im Rahmen der Fallstudien Anwendung finden. Zunächst erfolgt ein Literaturüberblick zu philanthropischen Stiftungen. Auf einzelne Bereiche gehe ich im Rahmen der theoretischen Darstellung in den jeweiligen Unterkapiteln ein.

Die Forschungsliteratur zu philanthropischen Stiftungen im internationalen Kontext ist noch sehr dünn, da bisher Stiftungen vor allem aus einer soziologischen Perspektive auf nationaler Ebene betrachtet wurden (Anheier/Toepler 1999; Anheier 2005; Prewitt 2006; Anheier/Daly 2007). In den politikwissenschaftlichen Fokus rückten philanthropische Stiftungen erst durch den Aufstieg der Gates Stiftung um die Jahrtausendwende und die zunehmende Beschäftigung mit Netzwerktheorien als Governancemethode. Als zentrales Werk kann hier die Arbeit von Margret Keck und Kathryn Skkink angesehen werden. Die beiden Autorinnen verweisen auf die wichtige Rolle von Stiftungen bei der Herausbildung von „transnational advocacy networks“ (TANs) als Modus transnationaler Politikinteressensvertretung im Politikfeld der Menschenrechtsbewegung. Sie identifizierten dabei die Ford Stiftung als Finanzier von Menschenrechtsbewegungen, die auch gegen den Widerstand der amerikanischen Entwicklungsbehörde (USAID) agierte (Kekk/Skkink 1998). Michael Moran hat gezeigt, dass Stiftungen mittlerweile nicht mehr nur eine Quelle rein finanzieller Mittel darstellen, sondern auch aktiv in der Promotion neuer Governancemechanismen: Sie engagieren sich als „partnership broker“, indem sie materielle Unterstützung in Form von finanziellen und administrativen Ressourcen für die Start-Up Finanzierung von neuen Public-Private Partnerships mit Unternehmen, so genannten „Product-Development Partnerships“, leisten. Erstmals wurden solche Initiativen durch die Rockefeller Stiftung im Bereich von HIV/AIDS (IAVI – International AIDS Vaccine Initiative) initiiert (Widdus/White 2004; Moran 2009). Sie agieren nach Michael Moran als Policy-Entrepreneurs (Moran 2009, 2011). Carolina Ulbert hat Stiftungen bei der Bildung von Partnerschaften als „agent of change“ charakterisiert und drei zentrale Mechanismen herausgearbeitet, die Stiftungen einsetzen: Strategische Ziele, Normen und Ideen sowie materielle Ressourcen (Ulbert 2011). Jeremy Youde betrachtet philanthropische Stiftungen im Rahmen des Aufstiegs privater Akteure und NOGs in der globalen Gesundheitsgovernance. Er sieht in Stiftungen aus zwei Gründen einen stabilisierenden Akteur:

Zum einen durch ihren Beitrag zur Schließung der 10/90 Governance-Gap<sup>21</sup> über technologiebasierte Innovationen in der Forschung und zum anderen durch die Illumination von Staats- und Marktversagen mit Blick auf den Zugang zu öffentlichen Gütern im globalen Süden (Youde 2013).

In der Forschungsliteratur wird die Bedeutung von Stiftungen aber auch kritisch betrachtet: David McCoy und seine Kollegen haben das Spendenaufkommen der BMGF über den Zeitverlauf von 1998 bis 2007 analysiert und kommen zu dem Ergebnis, dass über den untersuchten Zeitraum meist dieselben 20 Organisationen einen Großteil der Spenden erhalten haben. Sie konstatieren, dass die Stiftung für ihren tatsächlichen finanziellen Anteil an der Global Health ein überproportionales Einflussvermögen besitzt. Sie kritisieren die Stiftung zudem für die fehlende Koordinierung der vertikalen Ansätze mit nationalstaatlichen Programmen, wodurch die Gefahr einer Duplikation von bereits bestehenden Strukturen besteht. Darüber weisen sie auf die ungeeignete Fokussierung von technologischen Lösungen für sozialpolitische Problemlagen hin (McCoy 2009). Vor allem auf die Legitimitätsdefizite der Stiftung in Form einer mangelnden Transparenz bei der Vergabe von Spendengeldern und die fehlende öffentliche Rechenschaftspflicht wird oft hingewiesen (Edwards 2008; Rushton/Williams 2011).

Im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit ist die Studienlage sehr dünn. Robert Marten und Jan Martin Witte haben die Leistungsfähigkeit der BMGF im globalen Entwicklungsbereich näher untersucht (Marten/Witte 2008). Cornelia Ulbert und Brigitte Hamm haben den Einfluss der Gates Stiftung auf den globalen Gesundheitsbereich mittels der von ihr unterstützten Partnerschaften erforscht (Ulbert/Hamm 2011). Beide Evaluationsstudien, auf die ich in Kapitel 2.3.3 eingehe, konzentrieren sich auf den Einfluss von philanthropischen Stiftungen über von ihnen unterstützte Partnerinstitutionen auf die angestrebte Problemlösungsfähigkeit auf der Impact-Dimension.<sup>22</sup> Es ist zu konstatieren, dass die empirische Basis zur Leistungsfähigkeit von philanthropischen Stiftungen noch weitergehenden Forschungsbedarf besitzt. An dem Punkt setzt diese Arbeit an.

Die Leistungsfähigkeit von Stiftungen auf der globalen Ebene steht in einem unmittelbarem Zusammenhang mit der Rolle Privater Akteure in der globalen Politik und der Leistungsfähigkeit von Global Governance. Private Akteure sind von der globalen Bühne nicht mehr

---

<sup>21</sup> Diese Governance-Gap bezieht sich auf den viel diskutierten Umstand, dass lediglich 10% aller Aufwendungen für die Gesundheitsforschung auf Krankheiten entfallen, die 90% der weltweiten Gesundheitsbelastungen ausmachen (WHO 2004). Darauf gehe ich im Rahmen der Theorieanwendung in Kapitel 3.1.1 ein.

<sup>22</sup> Zur Bewertung der selbstgesteckten Ziele von philanthropischen Stiftungen ist die jeweilige Zieldimension (Output – Outcome – Impact) entscheidend (Easton 1965). Auf die diesbezügliche Ausführung und Problematik dieser Messmethode gehe ich in Kapitel 2.4 näher ein.

wegzudenken. Privaten Akteuren, wozu philanthropische Stiftungen gezählt werden können, wird eine wichtige Funktion in der Schließung von Lücken in Service- und Autoritätsleistungen, die durch staatliche und private Akteure in einem nicht ausreichenden Ausmaß bereitgestellt werden, zugesprochen (Webb 2004). Das Schlagwort in der Forschung ist diesbezüglich die Privatisierung der Weltpolitik (So der Titel von Brühl et. al. 2001). Die Debatte dreht sich darum, in welchem Ausmaß private Akteure (unternehmerische und zivilgesellschaftliche Akteure) öffentliche Aktivitäten übernehmen bzw. kommerzialisiert werden. Es finden sich einige Bereiche, die einer zunehmenden Privatisierung unterliegen: Darunter der Sicherheits- und Militärbereich (Feichtinger 2008), Ratingagenturen (Bennis 2001) und in Teilen die Entwicklungspolitik (Ludermann 2001). Zivilgesellschaftliche und privatwirtschaftliche Akteure verfügen durchaus über spezifische komparative Vorteile, die sie zur Übernahme der Leistungen befähigen. Dem gegenüber stehen aber auch bestimmte Nachteile im Vergleich zu staatlichen Akteuren. So besitzen NGOs den komparativen Vorteil der politischen Unabhängigkeit und der Fähigkeit der Ressourcenmobilisation. Dabei sind sie jedoch finanziell und organisatorisch limitiert. Privatwirtschaftliche Akteure verfügen über hohe Ressourcenaufkommen und den Druck von Seiten des Marktes zur Adaption an Situationen, gleichzeitig haben sie das Problem der Kosten-Nutzen-Kalküle für effektive Bereitstellung von Gütern, das heißt den Zwang der Gewinnorientierung (Brühl et. al. 2001). In der Forschung ist nach wie vor umstritten, welche Rolle private Akteure letztlich spielen: Stärken (Krasner 1991) oder schwächen (Cutler 2003) sie den Staat? Das ist eine empirisch offene Frage. Durch den Aufstieg privater Akteure auf der globalen Bühne, die potentielle neue Ressourcen auf die internationale Ebene bringen können, gewinnt die Frage nach der Leistungsfähigkeit von Global Governance an Aktualität. Mittlerweile sind private Akteure nicht mehr von der globalen Bühne wegzudenken. Daher geht es um das Ausmaß, die Bedingung und die konkreten Ausprägungen privater Tätigkeiten auf der globalen Ebene. Das erscheint dringend notwendig, denn Edgar Grande kommt zu dem Schluss, dass „der vorherrschende „UN-Ansatz“ mit seinen multilateralen Verhandlungen und Verträgen [...] bestenfalls eine gemischte Bilanz vorweisen [kann]“ (Grande 2012: 576). Auch der Gesamtüberblick der beiden Autoren Hale und Held über mehr als 50 verschiedene Institutionen der transnationalen Governance liefert ein eher durchwachsenes Bild (Hale/Held 2011; Grande 2012). Die vorliegende Arbeit versucht hier einen Beitrag zur Leistungsfähigkeit eines weiteren Typus privater Akteure zu liefern. Zu konstatieren bleibt, dass es noch weiterer eingehender empirischer Forschung zur Leistungsfähigkeit sowohl von philanthropischen Stiftungen als auch von Global Governance bedarf, oder wie es Michael Zürn treffend ausdrückt: „The jury is still out“ (Zürn 2008: 574).

## 2.1 Global Health

Der Begriff Global Health bezieht sich auf die Gesundheit von Bevölkerungen in einem globalen Kontext. Er entspringt dabei aus den beiden Begriffen „Public Health“ und „International Health“.<sup>23</sup> Global Health kann wie folgt definiert werden:

*"The area of study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global Health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions" (Koplan et. al. 2009: 1995)*

Global Health betont die transnationale Komponente von Gesundheit. Wie in der Definition von Koplan et. al. ersichtlich, geht damit eine klare analytische und normative Zielidentifikation einher: Die analytisch messbare Verbesserung der Gesundheitssituation und der normative Anspruch einer gerechten Gesundheitsversorgung. Von Interesse ist die analytische Sichtweise, daher werde ich nicht weiter auf die normativen Aspekte einer gerechten Gesundheitsversorgung eingehen. Die analytischen Funktionen der Global Health sind an die drei zentralen Funktionen von Public Health angelehnt und stellen sich wie folgt dar:<sup>24</sup>

- Beobachtung und Einschätzung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungs- und Risikogruppen zur Identifizierung von Gesundheitsproblemen und deren Priorisierung
- Formulierung von Public-Policies zur Lösungen identifizierter gesundheitlicher Problemlagen
- Sicherstellung, dass alle Bevölkerungsgruppen einen angemessen und kosteneffektiven Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen besitzen

Die für die nationale Ebene formulierten Funktionen lassen sich auf die globale Ebene übertragen und in das Rahmenkonzept der Global Health, welches die von der WHO formulierten Millenniums-Entwicklungsziele (MDG) umfasst, einordnen. Der Global Health Bereich befasst sich unter anderem mit Infektionskrankheiten (MDG 6), der globalen Wassersicherheit und dessen Zugangssicherung (MDG 7), der Sicherheit von essentiellen Medikamenten (MDG 8) sowie der Gesundheit von Kindern (MDG 1, 4) (WHO Global Health Observatory).

Besonders durch Infektionskrankheiten wie SARS hat die Aufmerksamkeit für den Global Health Bereich in den letzten Jahren stark zugenommen. Auf wissenschaftlicher Ebene

---

<sup>23</sup> Public Health („öffentliche Gesundheit“) befasst sich mit der Förderung von Gesundheit und der Prävention von Krankheiten einer gesamten Bevölkerungsgruppe aus einer systemischen Perspektive heraus (WHO 2005: 5). Der Begriff „International Health“ bezieht sich auf die Entwicklungshilfe im Gesundheitssektor durch industrialisierte Länder (White/Nanan 2007: 1252). Für die Entwicklung von der internationalen Gesundheit zur Globalen Gesundheit siehe Dodgson et. al. 2002.

<sup>24</sup> Ich habe die Ausformulierung der Funktionen von der WHO übernommen, da sie die drei in der Definition verwendeten Begriffe (*study, research, practice*) anschaulich verdeutlichen (WHO Public Health).

spiegelt sich der Bedeutungszuwachs in einer gestiegenen Zahl an Publikationen und exklusiven Journals für den Global Health (Governance) Bereich wieder.<sup>25</sup> Der Bedeutungszuwachs drückt sich auch mit Blick auf die gestiegenen Finanzmittel im Global Health Bereichs aus: Devi Sridhar gibt an, dass die weltweite Summe, die dem öffentlichen Gesundheitsbereich von Seiten der Geberländer zukommt, von ein paar hundert Millionen US-Dollar Anfang der 1990er Jahre auf über 20 Billionen US-Dollar weltweit im Jahr 2008 angestiegen ist (Sridhar 2009: 25). Die Aktualität des Global Health Bereichs zeigt sich auch im Ebolaausbruch in Westafrika: Ebola verdeutlicht, dass Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen nicht mehr nur individuell, lokal und national, sondern in zunehmendem Maße global gedacht werden müssen. Daraufhin ist zu fragen, wie genau sich die transnationale Dimension von Infektionskrankheiten darstellt und inwieweit dadurch ein politischer Regelungsbedarf geschaffen wird.

### **2.1.1 Transnationale Infektionskrankheiten mit dem Fokus auf Tuberkulose**

Das Globale an den Herausforderungen im Global Health Bereich definiert sich über die Effekte der Globalisierung. Durch die gestiegene Interdependenz erreichen Infektionskrankheiten wie AIDS oder SARS erstens schneller weite Teile der Erde außerhalb der ursprünglichen Entstehungsorte, so dass in diesem Zusammenhang die Globalisierung als eine der treibenden Kräfte bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten angesehen werden kann (Kaul et al. 1999: 6). Zweitens kommt es durch die ungleiche Steigerung des Wohlstandsniveaus in weniger entwickelten Ländern und der dadurch bedingten asymmetrischen Einkommensverteilung zur Zunahme negativer Externalitäten wie Hunger und Armut. Und dritten sind schließlich durch die Deterritorialisierung der Problemlagen die Eindämmungschancen der Problemlagen stark gesunken (Fauci 2001).

In diesem Zusammenhang stellen die drei großen Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose (TB) sowie die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten<sup>26</sup> die größte Herausforderung dar. Durch ihre globale Verbreitung erlangen diese Infektionskrankheiten einen transnationalen Charakter: 95 Prozent aller HIV-Infizierten leben dabei in Entwicklungsländern, wobei der größte Teil auf Subsahara-Afrika, wo rund 70 Prozent der HIV/AIDS-Infizierten leben, entfällt. Malaria ist in 97 Ländern der Welt endemisch und betrifft eine

---

<sup>25</sup> Als exklusive Journals wären *The Journal of Global Health*, *The Lancet Global Health* oder *Global Health Governance* zu nennen.

<sup>26</sup> Die WHO fasst unter der Gruppe der vernachlässigten Krankheiten insgesamt 17 Krankheiten zusammen, die von vier unterschiedlichen Erregern ausgelöst werden können. Dazu gehören Trypanosoma (Protozoa), Wurmerkrankungen (Helminthosen), bakterielle Infektionen und virale Erkrankungen. Zu der Gruppe zählt unter anderem die Chagas Krankheit, die Afrikanische Schlafkrankheit, Lymphatische Filariose (Elephantiasis), Schistosomiasis (Bilharziose), Onchozerkariose (Flussblindheit) und das Dengue-Fieber (WHO 2014d).

geschätzte Anzahl von 200 Millionen Personen weltweit. Die Zahl der Todesopfer ist enorm: Mehr als 33 Millionen Menschen leben weltweit mit HIV und mehr als 30 Millionen sind seit dem ersten Auftreten in den 80er Jahren an den Folgen gestorben. Malaria hat etwa 600.000 Todesopfern im Jahr 2012 gefordert, während HIV/AIDS im selben Jahr etwa 1,5 Mio. Menschen das Leben gekostet hat. Dabei entfielen 90 Prozent der Malariatodesfälle auf Subsahara-Afrika und 77 Prozent der Todesopfer sind Kinder unter fünf Jahren gewesen (Bill und Melinda Gates Stiftung g; WHO 2014c, 2014f).

Die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten ist in 149 Ländern der Erde endemisch und beeinträchtigt mehr als 1,4 Mrd. Menschen in ihrem ökonomischen und sozialen Leben. Die Krankheiten dieser Gruppe treten vor allem bei in Armut lebenden Personen auf, verlaufen zumeist chronisch und kosten jährlich Milliarden von Dollar, bedingt durch Arbeitsausfälle und Behandlungen (WHO 2014d). So kostet zum Beispiel jeder Fall von Schistosomiasis im Durchschnitt einen Verlust von 45,4 Arbeitstagen pro Jahr (Conteh/Engels/Molyneux 2010). Neben den ökonomischen Kosten, die sich in ein erhöhtes Armutsrisiko übersetzen, leiden die Betroffenen auch an den sozialen Folgen: Ausgrenzung und erschwerte Reintegration.

Im Fokus dieser Arbeit steht jedoch die Tuberkulose (TB). Der Tuberkuloseerreger<sup>27</sup> fordert nach HIV/AIDS die zweitmeisten Todesopfer: Im Jahr 2013 haben sich neun Mio. Menschen mit dem Tuberkuloseerreger infiziert, wobei der Erreger 1,5 Mio. Todesopfer gefordert hat. Es besteht auch ein direkter Zusammenhang zwischen Tuberkulose und HIV/AIDS: Von den neun Mio. Personen, die sich im Jahr 2013 mit Tuberkulose infiziert haben, waren 1,1 Mio. Menschen (9%) HIV-positiv (WHO 2014h: xiii). Personen, die ein geschwächtes Immunsystem besitzen, wie das durch HIV/AIDS passiert, haben ein größeres Risiko an TB zu erkranken: Im Fall von HIV ein 26 bis 31-fach erhöhtes Risiko. Über 95% der TB-Opfer stammen aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, insbesondere aus Südostasien, der Pazifikregion und Afrika. TB ist unter den fünf Krankheiten, denen Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren zum Opfer fallen. Ein Problem für die Behandlung stellt die zunehmende Resistenz der Erreger gegenüber bestehenden Medikamenten: Weltweit wurden im Jahr 2013 bereits etwa 480.000 multiresistenter TB-Fälle (MDR-TB) gemeldet. Zudem werden Fälle von extrem arzneimittelresistente TB-Erreger (XDR-TB), die auch gegen einige

---

<sup>27</sup> Die Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die durch Mykobakterien übertragen wird. Der häufigste Erreger ist das *Mycobacterium tuberculosis*, der beim Menschen in den meisten Fällen die Lunge befällt. Die Übertragung erfolgt durch ein infektiöses Aerosol einer an TB erkrankten Person. Allerdings ist auch eine Übertragung von Mensch auf Tier und umgekehrt möglich: Der TB-Erreger kann zum Beispiel durch nicht-pasteurisierte Milch auf den Menschen übertragen werden, was in besonders armen Gegenden ein immer noch ernsthaftes Problem darstellt (Angulo/Lejeune/Rajala-Schulz 2009). Die WHO unterscheidet zwischen aktiver und latenter TB. Eine aktive TB ist Voraussetzung für eine infektiöse Übertragung, die aber nur in 5-10% der Fälle tatsächlich eintritt. Gravierender ist die Zahl der latenten Infektionen: Die WHO schätzt, dass ein Drittel der Weltbevölkerung mit einer latenten Infektion leben.



Zweitlinien-Medikamente resistent sind, gemeldet (WHO 2014f). Der transnationale Charakter sowie der Bedarf in der Forschung, der sich durch einen Mangel an einem Impfstoff und neuer Arzneien gegen multiresistenter Erreger ausdrückt, machen Tuberkulose zu einem relevanten und interessanten Untersuchungsgegenstand für die Fallstudie.

Die hier vorgestellten Infektionskrankheiten wirken dabei in Kombination mit Armut als rückgekoppeltes System: Die Krankheiten haben bei Individuen, die in Armut leben, ungleich gravierendere negative Auswirkung auf die Gesundheit und damit zugleich auf das Humankapital und die Produktivität einer Gesellschaft, was sich auf der makroökonomischen Ebene letztlich in einem geringen Wachstum ausdrückt. Das wiederum fördert eine Verstärkung der Armut. Infektionskrankheiten stellen damit zu einem gewissen Grad eine Bedrohung für die soziale und politische Stabilität durch eine Gefährdung der wirtschaftlichen Entwicklung in weniger entwickelten Ländern dar (Weder/Oschinski 2002).

### 2.1.2 Global Health Governance

Wenn von Governance die Rede ist, so ist der Fokus auf die Koordinations- und Handlungsmechanismen von Institutionen und den darin eingebetteten Akteuren gerichtet. Die Übertragung des Governancekonzeptes auf den Gesundheitsbereich schärft den Fokus für die Akteure, Strukturen und Institutionen, einschließlich deren Tätigkeiten zum Schutz der Bevölkerung (Dodgson et. al. 2002: 6). Der Begriff „Global Health Governance“ beschreibt somit die Interaktion staatlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Akteure im globalen Mehrebenensystem im Gesundheitsbereich. Die Global Health Governance umfasst eine Myriade an Akteuren: Neben der WHO als zentraler internationaler Organisation befinden sich die Unterorganisationen der Vereinten Nationen (unter anderem die WHO und UNDP), weitere internationale Organisationen wie die Weltbank und der Währungsfond, Nichtregierungsorganisationen (Médecins Sans Frontières, Rote Kreuz), multinationale Unternehmen und Partnerschaften wie die GAVI Alliance und der GFATM. Tabelle 1 auf der folgenden Seite gibt diesbezüglich eine Übersicht.

**Tabelle 1: Akteurskonstellation im Global Health Bereich**

Akteurskategorie	Beispiele	
Nationalstaaten	USA, Deutschland, Frankreich	
Internationale Organisationen (IOs)	Multilateral	ILO, UN, UNAIDS, UNICEF, Weltbank, WHO, WTO
PPPs	Partnerschaften zur Entwicklung von Impfstoffen	Drugs for Neglected Disease Initiative, International AIDS Vaccine Initiative

	Initiativen zur Verbesserung von Gesundheit	GAVI Alliance, GFATM
Nichtstaatliche Akteure (NGOs)	Philanthropische Stiftungen	Bill und Melinda Gates Stiftung, Rockefeller Stiftung, Clinton Stiftung
	Andere zivilgesellschaftliche Akteure	Oxfam, Ärzte ohne Grenzen, Human Rights Watch
	Multinationale Unternehmen	Pharmaunternehmen, Tabakunternehmen, Nahrungsmittelunternehmen

Quelle: Darstellung nach Fidler (übernommen und adaptiert nach Fidler 2010: 10).

Entscheidend ist, dass mit dem Bekenntnis zur Vielfalt auch Probleme einhergehen: Der Pluralismus, ausgedrückt in der bereits beschriebenen Akteurs- und Institutionenvielfalt, erschwert die Koordination der einzelnen Partner, zumal mit der Vielfalt der Akteure auch eine Vielfalt der Interessen einhergeht (Dodgson et. al. 2002: 21-25). Die globalen Herausforderungen und ihre inadäquate Problembearbeitung durch die internationale Gemeinschaft, insbesondere durch das UN-System, hat daher zu einem institutionellen Wandel in der Global Health Governance geführt.<sup>28</sup> Kennzeichnend für diese Entwicklung ist der zunehmende Einbezug nicht-staatlicher Akteure in den Entscheidungsprozess unter dem Postulat einer verbesserten und effektiveren Problemlösungsfähigkeit. Das Problem, dass durch die Vielzahl von Akteuren und folglich der Interessensvielfalt entsteht, kann als Problem kollektiven Handelns aufgefasst werden. Das Konzept globaler öffentlicher Güter, was im folgenden Kapitel vorgestellt wird, rückt diese Thematik in den Vordergrund.

## 2.2 Konzept globaler öffentlicher Güter

Das Konzept globaler öffentlicher Güter betont, dass kollektives Handeln für die Erbringung öffentlicher Güter notwendig ist. Es betont zudem die Kosten/Nutzen Relation für Akteure, was wiederum ein entscheidender Faktor für die Bereitstellung von Ressourcen für die Produktion öffentlicher Güter darstellt. In einem ersten Schritt erläutere ich das Konzept globaler öffentlicher Güter, bevor ich in einem zweiten Schritt das Konzept auf die hier untersuchte Variable der medizinisch-technologischen Forschung anwende, um die Probleme bei der Produktion dieses Gutes zu identifizieren. Für die Analyse der Variable verwende ich die Kategorisierung öffentlicher Güter nach Scott Barrett und dessen Weiterführung durch David Gartner.

<sup>28</sup> Dabei steht vor allem der Wandel des UN-Systems im Fokus. Auf den Wandel gehe ich hier nicht näher ein. Einen Überblick bietet dafür die Arbeit von Gill Walt, Neil Spicer und Kent Buse (Walt/Spicer/Buse 2009).

### 2.2.1 Globale öffentliche Güter

Die Anwendung des Konzeptes globaler öffentlicher Güter auf den globalen Gesundheitsbereich konzipiert Gesundheit als einen Wert, der über der juristischen Zuständigkeit ein oder mehrerer Länder und ihren jeweiligen Bevölkerungen steht. Das Konzept weist auf die Notwendigkeit der Bereitstellung öffentlicher Leistungen hin, die auf globaler Ebene nicht in dem notwendigen Umfang erbracht werden (Kickbusch 1999: 286).<sup>29</sup> Das Konzept demonstriert darüber hinaus, dass die gesundheitlichen Herausforderungen globale Antworten benötigen, wobei die internationalen kollektiven Handlungen den Fokuspunkt dafür darstellen (Smith et. al. 2004a: 271). Der analytische Mehrwert des Konzeptes liegt darin, einen Beitrag zur Analyse und Korrektur von Produktionsproblemen globaler öffentlicher Güter zu leisten, indem es den Stellenwert hervorhebt, den ein globales öffentliches Gut auf der Agenda eines spezifischen Akteures besitzt. Insbesondere wird durch das Konzept ersichtlich, welcher Akteur einen Anreiz hat als „free-rider“ aufzutreten und durch welche Kooperationsanreize dem begegnet werden kann. Aus dem Wissen um die Kosten und Nutzen für diesen Akteur kann dann abgeleitet werden, welche Mechanismen notwendig sind, um das Engagement des Akteurs für die Bereitstellung zu fördern (Smith et. al. 2004b: 274).<sup>30</sup> Aus diesem Grund eignet sich das Konzept als Rahmen für die Analyse von philanthropischen Stiftungen und ihrem Anspruch zur Erbringung öffentlicher Güter beizutragen.

In der Ökonomie werden alle Güter entlang von zwei Achsen definiert: Rivalität (*rival*) und Exklusivität (*excludable*). Öffentliche Güter und private Güter stellen dabei die beiden Pole eines Kontinuums dar. Zudem wird zwischen Club-Gütern und Allmendegütern unterschieden. Tabelle 2 auf der folgenden Seite verdeutlicht die Typologie. Für öffentliche Güter gilt prinzipiell, dass keine Rivalität im Konsum herrscht (*non-rival*) und sie nach der Produktion allen Personen und Bevölkerungsgruppen zur Verfügung stehen (*non-excludable*). Als Beispiel gilt hier saubere Luft oder das klassische Beispiel des Leuchtturms. Öffentliche Güter lassen sich selbst nochmals differenzieren: Reine öffentliche Güter (*pure public goods*) und Mischgüter (*impure public goods*). Reine öffentliche Güter sind dabei selten (zum Beispiel Frieden oder eben saubere Luft). Daneben existieren Mischgüter, welche die Kriterien nicht im strengen Sinne, sondern nur zum Teil erfüllen. Gesundheit gehört in die Kategorie

---

<sup>29</sup> Es gibt in der Literatur verschiedene Sichtweisen auf den Bereich der globalen Gesundheit: Gesundheit kann aus politikwissenschaftlicher Sicht unter anderem als Frage nationaler Sicherheit (Schutz der eigenen Bevölkerung vor infizierten Personen aus betroffenen Ländern – der Ebolaausbruch ist ein prägnantes Beispiel für diese Perspektive), als Menschenrecht oder als öffentliches Gemeinschaftsgut angesehen werden (Ng/Ruger 2011).

<sup>30</sup> Darin sehen Smith et. al. zugleich auch die Limitierungen des Konzeptes: Es dient ihrer Ansicht nach lediglich als Organisationsprinzip für die Prioritäten der Akteure im Sinne einer Kosten-Nutzen Allokation und vernachlässigt andere wesentliche Motivationen wie soziale Gerechtigkeit. Sie betonen aber seine Funktionalität, wenn es um die Lösung des kollektiven Handlungsproblems geht (Smith et. al. 2004b: 276).

Mischgüter. Per se ist Gesundheit ein privates Gut von dessen Konsum nur die jeweilige Person selbst profitiert, aber die soziale Interaktion von Menschen (und damit die Möglichkeit einer Krankheitsübertragung) verleiht der Gesundheit eine öffentliche Komponente (Smith 2009: 123). Öffentliche Güter werden gemeinhin vom Staat angeboten, was aber keine Aussage darüber erlaubt, ob er sie selbst herstellt oder durch andere Akteure produzieren lässt (Jansen/Priddat 2007: 19). Insofern bietet sich hier für philanthropische Stiftungen ein Ansatzpunkt, um in Synergie mit staatlichen und privaten Akteuren öffentliche Leistungen zu erbringen.

**Tabelle 2: Typologie (reiner) Güter**

		<b>Exklusivität des Zugangs</b>	
		Exklusiver Zugang	Nicht-exklusiver Zugang
<b>Rivalität des Konsums</b>	Rivalisierender Konsum	<b>Private Güter</b> (Lebensmittel)	<b>Allmendegut</b> (Fischereigrund)
	Nicht-rivalisierender Konsum	<b>Club-Güter</b> (WTO-Abkommen)	<b>Öffentliche Güter</b> (saubere Luft, Ausrottung von Infektionskrankheiten wie HIV)

Quelle: Jansen/Priddat 2007 (zitiert nach Priddat 2008).

Für die globale Dimension wird die Dualität von Exklusivität und Rivalität um den Faktor der weltweiten Verfügbarkeit (*worldwide available*) ergänzt (Kaul et. al. 1999; Kaul/Mendoza 2003). Globale öffentliche Güter sind gekennzeichnet durch ihre Universalität, das heißt alle Länder, Bevölkerungsgruppen und Generationen profitieren davon. An diesem Punkt ist die Bekämpfung von Infektionskrankheiten zu nennen: Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten reduziert ihre negativen sozio-ökonomischen Einflüsse, wovon alle Länder (die Ausrottung in einem Land verringert die Chance einer transnationalen Ausbreitung in einem anderen Land), Personen beziehungsweise Bevölkerungsgruppen und Generationen gleichermaßen profitieren (von einer geringeren Infektionsgefahr profitieren alle Beteiligten, ohne dass der Konsum einer geringeren Ansteckung die Chancen einer anderen Person diesbezüglich einschränkt). Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere der beiden tödlichsten

singulären Infektionskrankheiten Tuberkulose und HIV/AIDS, kann daher als die Erbringung eines globalen öffentlichen Gutes angesehen werden (Smith/Woodward 2003).

Die Produktion öffentlicher Güter (also beispielsweise die Bekämpfung von Infektionskrankheiten) verläuft dabei nicht unproblematisch. Mancur Olson weist in seinem Standardwerk zur Analyse zur Produktion öffentlicher Güter auf ein zentrales Problem hin:<sup>31</sup> Das „free-rider“ Problem. Das Trittbrettfahrerproblem (free-rider) ergibt sich durch die Nichtausschließbarkeit vom Konsum eines öffentlichen Gutes, da der Anreiz steigt, nichts zur Bereitstellung des Gutes beizutragen und somit nicht im Sinne der Gruppe zu handeln, sondern seinen eigenen Nutzen dahingehend zu maximieren, indem das Gut auf Kosten der Anderen konsumiert wird (Olson 1968).

Staaten haben auf der globalen Ebene einen Anreiz als „free-rider“ zu agieren, wenn sie nicht selbst von dem Problem betroffen sind. Zu nennen sind hier Infektionskrankheiten wie SARS, Ebola oder eben die Gruppe vernachlässigter Infektionskrankheiten, die zwar allesamt das Potential einer globalen Ausbreitung besitzen, aber die theoretische Gefahr eines globalen Ausbruchs ist oft nicht ausreichend, dass Staaten sich im Sinne des Eigeninteresses an der Bekämpfung beteiligen – der Wert von Gesundheit als ein sicherheitspolitischer Aspekt ist hier deutlich erkennbar (Fidler 2010: 150). Durch die Möglichkeit des Zukaufs von einem Impfstoff gegen Ebola würde beispielsweise jeder Staat profitieren, ohne dafür selbst einen Beitrag geleistet haben zu müssen. Gerade die Erforschung eines Impfstoffes ist ein Beispiel für ein weiteres Problem in der Produktion öffentlicher Güter: Da der Konsum nicht eingeschränkt werden kann und somit der monetäre Rückfluss nicht ausschließlich an produzierende private Unternehmen stattfindet, versagt der Markt adäquate Anreize für die Produktion durch private Akteure zu setzen.<sup>32</sup> Als die beiden zentralen Probleme in der Bereitstellung öffentlicher Güter können folglich das kollektive Handlungsproblem in Form von „free-riding“ und das Marktversagen angesehen werden (Kaul et. al. 1999: 7-8).

Die Produktion eines öffentlichen Gutes auf globaler Ebene gestaltet sich somit weitaus komplexer als das auf der nationalen Ebene der Fall ist, da auf der nationalen Ebene öffentli-

---

<sup>31</sup> Er weist noch auf zwei weitere Probleme hin: Das „trivial contribution“ Problem und das „Gefangenendilemma“ (*prisoner's dilemma*). Das Problem der „trivial contribution“ hängt mit dem „free-rider“ Problem zusammen, betont aber die Gruppengröße und den individuellen Beitrag, der bei einer hinreichend großen Gruppenstärke nur einen Bruchteil ausmacht und damit ein Anreiz besteht, den Betrag komplett einzubehalten, solange die Handlungsfähigkeit einer Organisation nicht beeinträchtigt ist. Schließlich bedingt die Globalität, dass individuelle Entscheidungen getroffen werden müssen, ohne Informationen über die Handlungen anderer Akteure zu haben (*prisoner's dilemma*) (Olson 1968).

<sup>32</sup> Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten kann, wie erwähnt, als globales Gut angesehen werden. Dafür sind aber unter anderem Impfstoffe und Medikamente notwendig, die kein öffentliches, sondern ein privates Gut darstellen. Das Regelungsproblem für die effektive Bekämpfung besteht also darin, zunächst Impfstoffe und Medikamente zu entwickeln und die Produktion so in ein globales System einzubinden, dass diese privaten Güter für die betroffenen, meist armen, Bevölkerungen in weniger entwickelten Ländern bezahlbar werden.

che Güter leichter unter der Ägäis einer nationalen Regierung organisiert, finanziert und produziert werden können, als dies in einem Mehrebenensystem mit einer Myriade von Akteuren der Fall ist. Eine der Schlüsselfragen für die Produktion globaler öffentlicher Güter ist demnach, wie das kollektive Handlungsproblem und das Marktversagen gelöst und folglich Investitionen in Güterbereitstellung gefördert werden können. Hier ist nach Smith und Woodward ein „Global Public Goods Champion“ notwendig. Sie verstehen darunter:

*„A GPGH needs a ‘champion’ - a person and/or institution who will be the driving force behind the GPGH Production of GPGH will not be spontaneous - some ‘body’ needs to: coordinate efforts to achieve production, persuade relevant parties to cooperate, act as a ‘clearing house’ for coordination and information management and lobby for funding” (Smith/Woodward 2003: 405).*

Die limitierte Kapazität bestehender internationaler Organisationen zur adäquaten Bereitstellung globaler öffentlicher Güter bedingt, dass nach der Rolle von nicht-staatlichen Akteuren, ihren Ansatzpunkten und damit nach der letztendlichen Leistungsfähigkeit in der Kapazitätsdeckung der Defizite zu fragen ist. Folglich ist zu fragen, inwiefern die BMGF als ein solcher „Global Public Goods Champion“ auftritt.

Besonders das Marktversagen stellt für die medizinisch-technologische Forschung ein Problem dar: Forschung bedarf hoher Investitionen. Es gibt keinen Marktanreiz für private Unternehmen in die Forschung zu Infektionskrankheiten zu investieren, unter denen vor allem arme Bevölkerungsschichten leiden, da diese Bevölkerungsgruppen nicht die nötige Kaufkraft besitzen, um die von privaten Unternehmen produzierten Produkte zu bezahlen. Zudem besitzen diejenigen Staaten, deren Bevölkerung am meisten von diesen Infektionskrankheiten betroffen ist (meist weniger entwickelte Staaten in Sub-Sahara Afrika und Südostasien), auch weniger Kapazitäten, um eigenständig das Problem zu beseitigen, indem sie in die Forschung investieren (Smith/Woodward 2003: 16-18).

### **2.2.2 Medizinisch-technologische Forschung aus der Perspektive globaler öffentlicher Güter**

Als ein primärer Ansatzpunkt der BMGF wurde die medizinisch-technologische Forschung identifiziert. Aus der Perspektive öffentlicher Güter stellt die Forschung nach Smith et. al. eine der vier Erfolgsbedingungen für Bekämpfung von Infektionskrankheiten dar (Smith et. al. 2004):

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1) Forschung und Technologie    | 3) Internationale Regulierung         |
| 2) Nationale Gesundheitssysteme | 4) Nicht-gesundheitsbezogene Faktoren |

Es ist strittig, inwiefern medizinisch-technologische Forschung als globales öffentliches Gut betrachtet werden kann; Von geschaffenem Wissen kann theoretisch jeder profitieren und keine Person kann ausgeschlossen werden, aber Wissen und deren Anwendung hängen unter anderem vom individuellen Bildungsgrad und der Einbettung in eine pharmazeutische Produktionskaskade ab. Das führt dazu, dass medizinische Forschung zwar per se als GPG angesehen werden kann, die hervorgebrachten Ergebnisse ihr aber einen künstlich-öffentlichen Charakter verschaffen.<sup>33</sup> Allerdings ist jede Produktion öffentlicher Güter in gewisser Weise von privaten Gütern abhängig (als Beispiel sei auf die Baumaterialien für einen Leuchtturm verwiesen), so dass es für die Analyse hilfreich ist sie als „*as if they were GPG*“ zu betrachten, wie dies Smith et. al. vorschlagen (Smith et. al. 2004b 272-273).

### *Kategorisierung globaler öffentlicher Güter*

In der Literatur wurde versucht eine Kategorisierung globaler öffentlicher Güter vorzunehmen, um ein besseres Verständnis für die inhärenten Produktionsprobleme zu erhalten (Gartner 2012: 305). Scott Barrett hat analysiert, auf welcher Ebene die Produktion globaler öffentlicher Güter Probleme aufweisen kann. Die Kategorisierung von Scott Barrett unterscheidet drei Arten globaler öffentlicher Güter (Barrett 2007):

- *Weakest Links* (Partizipation jedes einzelnen Teilnehmer ist notwendig)
- *Aggregate effort* (Partizipation von einigen, aber nicht allen Teilnehmern ist notwendig)
- *Single best-effort* (Initiierung durch einen einzelnen Akteur reicht aus)

Scott Barrett versteht die Kategorisierung als eine Differenzierung globaler öffentlicher Güter. Die Kategorisierung liefert einen wertvollen Hinweis auf die unterschiedlichen Mechanismen, die jeweils zur effektiven Erbringung notwendig sind. Sie erscheint daher als geeigneter Ansatzpunkt für die Analyse der Produktionsprobleme.

Mit Blick auf den Transfer der Kategorisierung in den globalen Gesundheitsbereich, ergeben sich nach David Gartner allerdings zwei Probleme auf: Viele der Herausforderungen, gerade im Gesundheitsbereich, lassen sich nicht exklusiv in eine dieser Kategorien einteilen, da viel Herausforderungen die Qualität aller drei Dimensionen aufweisen. Zudem liegt der Fokus der Analyse von Scott Barrett auf staatlichen Akteuren und ihrer Rolle in der Bereit-

---

<sup>33</sup> Das Problem, dass faktisch nicht alle Personen gleichermaßen Zugang haben, ergibt sich aus der nachgeschalteten Produktionskaskade der Impfstoffe und Medikamente, die durch private Unternehmen erfolgt. Der Staat fördert und finanziert zwar grundlegend Forschung, aber es sind private Unternehmen, die sich in der Impfstoff- und Arzneimittelforschung engagieren. Unter dem schützenden Mantel internationaler Handelsabkommen wie TRIPS, das dem Schutz der geistigen Eigentumsrechte dient, produzieren sie, gemäß dem unternehmerischen Credo, für Personengruppen mit der entsprechenden Kaufkraft (Chen/Evans/Cash 1999: 294).

stellungskaskade. David Gartner weist zu Recht darauf hin, dass auch nicht-staatliche Akteure eine Rolle in diesem Prozess einnehmen (Gartner 2012: 306). David Gartner verknüpft die Typologie öffentlicher Güter von Scott Barrett mit drei von ihm identifizierten notwendigen Bedingungen für GPGH: Innovation, Finanzierung und Konformität (*compliance*) (Gartner 2012: 314 – 317):

- Innovation -> *Single best-effort*
- Finanzierung -> *Aggregate effort*
- Konformität (*compliance*) -> *Weakest Links*

Diese Perspektive erlaubt eine differenzierte Darstellung der einzelnen Produktionsebenen. Damit kann eine Identifikation der Produktionsprobleme, die eine Bekämpfung von Infektionskrankheiten erschweren, auf der jeweiligen Ebene erfolgen. Es ist also zu fragen, welche grundsätzlichen Produktionsprobleme auf jeder der drei Ebenen in der medizinisch-technologischen Forschung vorherrschen. Dazu wende ich diese Typologie auf das hier untersuchte globale Gut der medizinisch-technologischen Forschung an.

#### *Identifikation der Problemebenen in der Forschung aus der GPG-Perspektive*

Das GPGH der medizinisch-technologischen Forschung bedarf grundsätzlich der Innovation (Entwicklung neuer Produkte bzw. Medikamente), der Produktionsfinanzierung (das heißt einer nachhaltigen Forschungsproduktion) und der Konformität im Sinne einer Koordination der Akteure, die an der Entwicklung und der Finanzierung beteiligt sind (Smith et. al 2004b: 272).

Die Innovation (*Produktion*) ist gekennzeichnet durch einen Anreizmangel für Forschung von Krankheiten, die keine unmittelbare Relevanz für die eigene Bevölkerung haben. Staaten und private Unternehmen haben nur einen geringen Anreiz die knappen Forschungsgelder für tropische Infektionskrankheiten aufzuwenden, von denen sie selbst kaum betroffen sind oder von denen nur ein geringer monetärer Rückfluss zu erwarten ist. Im Kern geht es also um die Entwicklung von Anreizmechanismen zur Etablierung von Forschung (Gartner 2012: 313).

Das Aufwenden von Finanzmitteln (*Finanzierung*) stellt ein weiteres grundlegendes Problem dar. Alle GPG müssen finanziert werden. Die Frage ist durch wen, wenn jedes Land von der Bereitstellung profitiert. Arrangements zur Finanzierung reflektieren häufig nationales Selbstinteresse und der aufgewendete Betrag hängt unter anderem davon ab, wie groß der positive Effekt auf das Land ist (Barrett 2007: 102-104). Es gibt auf der globalen Ebene keine Regierung, die entsprechende Steuern erheben kann, so dass Beiträge in der Regel keinen



verpflichtenden Charakter aufweisen. Im Kern geht es hier entsprechend um die Entwicklung nachhaltiger Finanzierungsmechanismen (Gartner 2012: 314).

Das Problem der Konformität (*Koordination*) ergibt sich durch die Notwendigkeit zur Rationalisierung der Forschungsprioritäten infolge knapper Ressourcen. Ebenso soll eine Duplikation von Forschungsvorhaben vermieden werden. Das ist keine a priori Festlegung, dass Konkurrenz auf der internationalen Ebene zu einer weniger effizienten Ergebnissen führt. Es bedeutet, dass genau untersucht werden muss, inwiefern die knappen Ressourcen zielgerichtet und bedarfsgerecht eingesetzt werden (Gartner 2012: 317). Da es auf der globalen Ebene an einer zentralen Instanz mit Gewaltmonopol fehlt, die regulierend eingreifen könnte, und Akteure demnach ohne den Schatten der Hierarchie agieren, sind für die Koordination dezentrale Strategien notwendig (Börzel 2008).

Die Operationalisierung der medizinisch-technologischen Forschung erfolgt über die Impfstoff-, Arzneimittel- und Diagnosemittelforschung sowie die operationale Forschung.<sup>34</sup> Diese vier Bereiche orientieren sich an der Strategie der BMGF (vgl. Kapitel 3.2.3) und decken das Spektrum der medizinisch-technologischen Forschung ab. Für die Analyse ist zu fragen, inwiefern die BMGF als „Global Public Goods Champion“ auftritt. Daher konzentriere ich mich auf den Beitrag der BMGF zur Initiierung von neuen Forschungsanliegen (= Entwicklung), auf ihren Beitrag zur Finanzierung im Kontext globaler Tuberkuloseforschung (= Finanzierung) und auf ihren Beitrag zur Koordination bestehender und neuer Partnerschaften (= Koordination).

Die institutionelle Architektur von Stiftungen bestimmt deren Handlungsmechanismen, die wiederum bedingen, wie effektiv sie einen Beitrag zur Erbringung öffentlicher Güter leisten können. Im folgenden Kapitel stelle ich daher den Bereich der privaten philanthropischen Stiftungen dar.

## 2.3 Private philanthropische Stiftungen

Der Begriff der „Stiftung“ ist äußerst facettenreich. Die wohl am häufigsten zitierte Definition ist von Frank Andrews, erster Geschäftsführer des „United States Foundation Center“, die im Kern auf die genuine Architektur und dem daraus resultierenden Anspruch und Zielsetzung von Stiftungen zur eigenständigen Erbringung öffentlicher Wohlfahrt eingeht:

*„A nongovernmental, nonprofit organization having a principal fund of its own, managed by its own trustees or directors and established to maintain or aid social,*

---

<sup>34</sup> Die operationale Forschung wird hier, entsprechend der WHO, umfangreich verstanden: „In its broad sense, operational research covers a large spectrum of activities, from local setting-oriented research to improve TB control programme performance, to international policy-guiding research, including the field evaluation of new interventions to improve TB control” (WHO 2011: viii).

*educational, charitable, religious, or other activities serving the common welfare”*  
(Frank Andrews 1956, zitiert nach Hammack,/Anheier 2013: 157)

Eine zweite, ähnlich gelagerte Definition gibt Lawrence Stone. Er betont vor allem den alternativen Charakter der Stiftungsleistungen gegenüber staatlichen Leistungen:

*„They are a relatively permanent, non-govern-mental source of floating capital endowment for alternative public purpose activities”* (Stone 1975: 57)

Beide Autoren verweisen darauf, dass die zentrale Funktion von Stiftungen darin besteht, auf freiwilliger Basis private Ressourcen für das öffentliche Wohlergehen bereitzustellen. Da in dieser Arbeit die Leistungsfähigkeit zur Erbringung öffentlicher Güter untersucht wird, verwende ich die Definition von Lawrence Stone als Definitionsgrundlage für Stiftungen.

Neben der Definition ist eine theoretische Einordnung für das Verständnis von Stiftung hilfreich. Die theoretische Einordnung von philanthropischen Stiftungen erfolgte in der Literatur vornehmlich durch zwei Sichtweisen: Einer kritischen neo-gramscianische und einer neo-liberale Perspektive. Das Handeln von „Philanthrokapitalisten“ wird in den letzten Jahren auch durch den Kapitalbegriff von Pierre Bourdieu beschrieben, worauf ich hier aber nicht näher eingehe (Sandberg 2014).<sup>35</sup>

Die erste theoretische Einordnung erfolgte durch eine neo-gramscianische Sichtweise, die Stiftungen aus der historischen Perspektive imperialistischer Tradition heraus betrachtete. Aus dieser Perspektive wird den Intentionen von Stiftungen ein großes Misstrauen gegenüber angeführt und diese als erweiterter Handlungsstrang einer kapitalistischen, besonders US-amerikanischen, Elite betrachtet, die sich mit dieser Institutionsform sowohl ein nationales wie internationales hegemoniales Instrument geschaffen haben (auch als *american softpower* bezeichnet) (Arnove 1980). Philanthropische Spendengaben dienen aus dieser Sichtweise entsprechend zur Dominanz von politischen Entscheidungen. In der Arbeit betrachte ich Stiftungen allerdings aus dem zweiten Theoriestrang: Aus einer neoliberalen Perspektive. Diese Perspektive interpretiert die Funktion von Stiftungen als eine alternative Quelle für staatliche Verpflichtungen und Leistungen im Sinne einer freiwilligen Erbringung öffentlicher Güter aus privaten Ressourcen (Prewitt 2006). Das steht in unmittelbarem Zusammenhang mit drei exploratorischen Faktoren über die Existenz von nichtprofitorientierten Organisationen: der Referenz auf Markt und/oder Staatsversagen, deren Glaubwürdigkeit infolge von Informati-

---

<sup>35</sup> Nach Bourdieu steht Philanthropie im Kontext des sozialen Feldes und seinen externen Beziehungen mit anderen Politikfeldern. Diese Sichtweise betont das ökonomische und symbolische Kapital (Medien und Status als berühmte Persönlichkeit) von „Philanthrokapitalisten“ und die synergistische Beziehung, die sich daraus ergibt. „Philanthropisten“ erhalten symbolisches Kapital (Medienpräsenz und dadurch Zugang zu deren Kanälen) durch philanthrope Gaben und gleichzeitig fungiert symbolisches Kapital zur Reproduktion von ökonomischem Kapital (vgl. Sandberg 2014: 63).

onsasymmetrien der Bürger und der Einfluss von historischen, institutionellen und soziologischen Umgebungsfaktoren (Anheier/Daly 2007: 11).<sup>36</sup>

Der Aufstieg privater Stiftungen muss aus der neoliberalen Perspektive in dem Kontext von sozialem und politischem Wandel verstanden werden, in dem staatliche Akteure (Nationalstaaten und IGOs) nicht mehr die alleinigen Quellen zur Erbringung öffentlicher Güter darstellen.<sup>37</sup> Dahinter steht eine Re-Konfiguration der prinzipiellen Funktionen des Staates auf der nationalen Ebene: Der Staat hat sich von einer interventionistischen Rolle zurückgezogen. Der Wandel der Philanthropie, auf den ich in Kapitel 2.3.2 eingehe, ist zeitlich kongruent mit dem Wandel hin zu einem „New Governance“ Ansatz auf der nationalen Ebene, der sich in einer Annäherung zwischen privater und öffentlicher Sphäre ausdrückt: „Collaboration replaces competition as the defining feature of sectoral relationships“ (Salamon 2002: 1633). Durch eine Synergiebildung zwischen den Stärken der privaten Seite (Serviceerbringung und innovatives Vordringen in neue Bereiche) und staatlicher Seite (Ressourcenallokation und Regelsetzung) können bessere Ergebnisse für die Erbringung öffentlicher Leistungen erzielt werden (Salamon 2002: 1634).

Als Kooperationspartner nehmen Stiftungen durch ihre institutionelle Architektur eine einzigartige Position ein. Folglich ist in zwei weiteren Schritten zu fragen, was die Besonderheiten ihrer institutionellen Architektur sind und welche Rolle das Verständnis vom freiwilligen Geben für die Funktionsweise dieser Institution und damit für ihre Funktion als Kooperationspartner spielt.

### **2.3.1 Charakteristika und die Rolle von privaten philanthropischen Stiftungen**

Die Stiftungslandschaft ist charakterisiert durch ein hohes Maß an Heterogenität. Das drückt sich in einer Vielfalt an Stiftungen mit unterschiedlicher Governancestruktur, divergierenden Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem juristischem Status aus (Hammack/Anheier 2013: 158).<sup>38</sup> Es lassen sich für Stiftungen allerdings grundlegende Charakteristika identifizieren, auf die ich im Folgenden näher eingehe.

---

<sup>36</sup> Ich gehe nicht weiter auf die Gründe für eine Existenz von philanthropischen Stiftungen ein. Ein ausführlicher Beitrag zur Existenz von Stiftungen und dem NGO-Sektor als solchen findet sich bei Kenneth Prewitt (Prewitt 2006).

<sup>37</sup> Unstrittig sind die klassischen Bereiche wie die Infrastruktur, die Verteidigung oder meritokratische Gütern wie Bildung. Es ist aber, zumindest für den Forschungsbereich streitbar, ob staatliche Akteure hier je das volle Monopol der öffentlichen Gütererbringung besaßen.

<sup>38</sup> Erkennbar am Beispiel von Deutschland und Frankreich: Deutschland kennt die Stiftungen des öffentlichen Rechts, kirchliche Stiftungen, Familienstiftungen, Privatnützige Stiftungen, Gemeinschafts- und Bürgerstiftungen und unternehmensverbundene Stiftungen Frankreich kennt darüber hinaus die Form der „Fonds de Dotation“, welche eine vereinfachte Gründungsmodalität aufweist als andere private Stiftungen. Anders als in Deutschland ist die Besetzung der Stiftungsaufsicht in Frankreich mit staatlichen Vertretern zwingend vorgeschrieben, so dass der staatlichen Unabhängigkeit hier ein anderer Stellenwert zugeschrieben wird (Anheier 2005: 304-305).

## Charakteristika

Durch ihre klare juristische Taxonomie grenzen sie sich von anderen Wohltätigkeitsorganisationen, beispielsweise Kirchen, ab. Hammack und Anheier nennen sieben Charakteristika von privaten philanthropischen Stiftungen, die ihnen einen institutionellen Sonderstatus in der Gesellschaft ermöglichen (Hammack/Anheier 2013: 158-159):

- *Nicht-profitorientiert*: Stiftungen sind Einrichtungen, die von einem Stifter mit einem festgelegten wohltätigen Zweck eingerichtet werden. Die monetären Gaben richten sich an Organisationen oder Individuen. Sie verfolgen ihren Zweck uneigennützig, das heißt ohne direktes *quid pro quo* (*non-profit*)
- *Keine Gewinnausschüttung*: Ihr Wohltätigkeitscharakter begründet, dass sie keinen Gewinn für den Gründer bzw. die Gründerfamilie abwerfen. Gewinne werden dem ursprünglichen Ziel wieder zugeführt (*non-distributing*)
- *Finanzielle Unabhängigkeit*: Ihr Stiftungskapital erhalten die Stiftungen von juristischen (Familien, Unternehmen) Personen. Sie haben keine Mitglieder, so dass die Finanzierung zum großen Teil aus dem von dem jeweiligen Stifter bereitgestellten finanziellen Budget und externen Zuwendungen erfolgt (*principal fund of its own*)
- *Private Trägerschaft*: Stiftungen sind privat und stellen kein Regierungsinstrument dar. Sie üben auch keine Regierungsfunktion aus (*non-governmental*)
- *Autonomie*: Sie kontrollieren ihre eigenen Aktivitäten, besitzen einen hohen Autonomiegrad und kontrollieren ihre eigenen Finanzen (*self-governing*)
- *Dienst für die öffentliche Wohlfahrt*: Eine Stiftung dient der öffentlichen Wohlfahrt und damit mehr als nur einer eng definierten sozialen Gruppe (*common welfare*)
- *Identität*: Sie weisen das Selbstverständnis einer Stiftung auf und sind mehr als nur eine Distributionsorganisation monetärer Zuwendungen (*identity*)

Die sieben Merkmale sind jedoch nicht für jeden Stiftungstypus in gleichem Ausmaß erfüllt: So erbringen religiöse Stiftungen zum Beispiel häufig nur Leistungen für eine definierte Personengruppe. Staatliche Stiftungen üben zwar keine Regierungsfunktionen aus, sind aber durch die finanzielle Abhängigkeit von staatlichen Geldern in ihrer Entscheidungsautonomie eingeschränkt. Die kurze Auflistung verdeutlicht, dass diesbezüglich unterschiedliche Typen von Stiftungen kategorisiert werden können.

---

Die unterschiedlichen nationalen Ausprägungen lassen sich in ihrer Grundstruktur auf die „common-law“ Tradition (Großbritannien, Australien, Vereinigte Staaten) und die Bürgerrechtstradition (u.a. Schweiz, Deutschland) zurückführen (Anheier/ Daly 2007: 8).

## Typologie

Eine Typologie von Stiftungen kann über mehrere Dimensionen erfolgen: Über ihren Modus Operandi (*grant-making* vs. *operating*), ihren Gründungstypus (privat oder öffentlich), den Zweck (private oder allgemeine Wohlfahrt), Einlagentyp (Eigene Kapitaleinlage oder regelmäßige Zuwendungen) und über die Einkommensstruktur (Einzelquelle oder multiple Einnahmequelle) erfolgen. Die Typologie von Helmut Anheier kombiniert diese Möglichkeiten und unterscheidet zwischen fünf verschiedenen Stiftungstypen: *grant-making*, *operating*, *corporate*, *community* und *government-sponsored*. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Typologie (mit Beispielen und ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

**Tabelle 3: Typologie von Stiftungen**

Vergabemodalität		Organisationsstruktur			
<b>Grant-Making</b> (Reine Spendenvergabe)	<b>Operating</b> (Eigenständige Programm-durchführung)	<b>Corporate</b> (unternehmerische Stiftungen)	<b>Community</b> (Bürgerstiftungen)	<b>Government-sponsored</b> (Stiftungen des öffentlichen Rechts)	<b>Individuell</b>
Bill und Melinda Gates Stiftung, Rockefeller Stiftung, Ford Stiftung	Glaxo-SmithKline Patient Access Programms Foundation, New York Community Trust	Volkswagenstiftung, Ford Stiftung, GlaxoSmith Kline Patient Access Programms Foundation	Silicon Valley Community Foundation, New York Community Trust	Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Stiftungshochschulen	Bill und Melinda Gates Stiftung

Quelle: Anheier/Daly 2006: 162.

Die Tabelle zeigt unterschiedliche Typologien bezüglich der Arbeitsweise (*grant-making* und *operating*) sowie vier unterschiedliche Kategorisierungsmöglichkeiten: Individuell, Corporate, Community und Government-sponsored. Dabei sind Überschneidungen möglich, denn unternehmerische Stiftungen können sowohl reine Spendenvergabe betreiben als auch eigenständig Programme durchführen. Der Untersuchungsgegenstand der BMGF ist dabei als Stiftung, die sich auf reine Spendenvergabe konzentriert, einzuordnen.

Stiftungen mit reiner Spendenvergabe (*grant-making*) gelten dabei als Prototypen moderner Stiftungen und stehen auch im Fokus dieser Arbeit (Anheier/Toepler 1999). Dieser Stif-

tungstyp erfüllt die sieben oben genannten Merkmale. In den USA sind über 90% der 86.000 Stiftungen in der ersten Kategorie gelistet und nur ein kleiner Teil (ca. 4000 Stiftungen) gehören zu den Stiftungen, die eigenständig Programme durchführen (US Foundation Center 2012). Die 110.000 europäischen Stiftungen sind größtenteils operativ tätig. Kombinieren aber zum Teil ihre Spendenvergabe auch mit der Implementierung eigener Programme und Projekten (European Foundation Center; Anheier/Daly 2007: 9). Die Distinktion zwischen „grant-making“ und „operating“ ist ein Produkt des frühen 20. Jahrhunderts, das aber nicht immer gänzlich trennscharfe Grenzen aufweist (Karl/Katz 1987).

### *Finanzeinlage*

Die Stiftungseinlage erfolgt entweder über eine Gründung als unternehmensnahe Beteiligung (*corporate foundations*) oder durch die private Vermögensspende von wohlhabenden Personen in Form von Investments oder Privateinlagen (*individual grant-making foundation*). Das Vermögen kann dabei von einem eigenen Finanzrat, der aus Mitgliedern des Stiftungsrats zusammengesetzt ist, überwacht werden. In der Regel übernimmt der Stiftungsrat selbst die Aufsicht über die Spendenvergabe gemäß den Stiftungskriterien. Die Kriterien werden in der Regel vom Stiftungsgründer festgelegt. Im Allgemeinen können die Grenzen zwischen dem Investment von Stiftungen und dem Investment von Stiftungsgründer (privat oder als Unternehmen), trotz der Existenz von Policies zur Vermeidung von Interessenskonflikten, je nach Stiftungstyp (individuell/unternehmerisch) verschwimmen. Insbesondere für unternehmensnahe Stiftungen gilt, dass die Mitglieder des Stiftungsrats auch Sitze in privaten Unternehmen haben können und dabei auch die Strategieüberlegungen des Unternehmen berücksichtigen müssen (Stuckler/Basu/McKee 2011).

### *Funktionen und Mechanismen von Stiftungen*

Welchen Beitrag beanspruchen Stiftungen für die Gesellschaft leisten zu können und wie sehen die Mechanismen diesbezüglich aus? In der Forschung wurden dazu zahlreiche Vorschläge erarbeitet. Die zentrale Funktion von Stiftungen ist nach Anheier und Daly die alternative Erbringung staatlicher Leistungen. Darüber hinaus besitzen Stiftungen noch drei weitere Funktionen (Anheier/Daly 2005: 18):

- *Complementary and substitution* (Komplementieren und ergänzen staatliche Leistungen, wo diese sie nicht erbringen)
- *Redistribution*

- *Social Change* (Ihre Autonomie bei der Ressourcenvergabe ermöglicht ihnen Bedürfnisse anzusprechen und Gruppen außerhalb der Gesellschaft eine Stimme zu geben)
- *Innovation* (Können durch ihre Unabhängigkeit und ihrer Langzeitorientierung potentielle Risiken bei der Spendenentscheidung eingehen)

Im Fokus der Arbeit steht der Punkt der komplementären und ergänzenden Erbringung staatlicher Leistungen. Dabei kann die Annahme der komplementären Leistungserbringung gegenüber dem Staat nicht per se angenommen werden. Für den Forschungsbereich kann jedoch die Annahme getroffen werden, dass die Leistungserbringung komplementär zu staatlichen Akteuren erfolgt, da philanthropische Stiftungen auf bestehende Forschungsinstitutionen zurückgreifen müssen und somit keine eigenständige Forschung betreiben.

Die Mechanismen philanthropischer Stiftungen ist ähnlich dem Funktionsspektrum von NGOs. Die Aktivitäten von NGOs umfassen unter anderem Beratung und Lobbying, Forschungs- und Policyanalyse, Informationsakquise und Agenda-setting sowie Monitoring von Entscheidungsumsetzungen und lokale Implementierung (Gemmill/Bamidele-Izu 2002). In einigen Fällen ist das Funktionsspektrum zu Stiftungen kongruent: Zum Beispiel üben die großen philanthropischen Stiftungen wie die BMGF eine „awareness-rising“ Funktion durch ihre mediale Präsenz (Prewitt 2006: 372; Verma 2009). Für die BMGF gilt das im Besonderen durch den globalen Bekanntheitsgrad von Bill Gates. Der Bekanntheitsgrad wird nicht selten dazu benutzt, auf globale Missstände hinzuweisen, ebenso wie dies andere berühmte Persönlichkeiten tun (Cooper 2007). Philanthropische Stiftungen agieren ebenfalls als Agenda-setter, insbesondere mit Blick auf private Unternehmen und die Gestaltung der politischen Landschaft für Partnerschaften mit Unternehmen. Als Beispiel ist hier die Bildung neuer Partnerschaften wie dem IAVI durch die RF zu nennen (Moran 2009). Die neue Generation von philanthropischen Stiftungen, insbesondere die Skoll Stiftung und der Acumen Fund, sind darüber hinaus bei der Finanzierung von Entwicklungsländern über Mikrofinanzierung tätig.<sup>39</sup> Stiftungen üben ihren Einfluss im Wesentlichen über drei Ressourcenquellen aus: Materiell, prozedural und ideell (Ulbert 2011). Konkrete Mechanismen sind das Agenda-setting (materiell und immateriell über die Bereitstellung finanzieller Ressourcen zur Finanzierung von bereits bestehenden Strukturen oder der Etablierung neuer Organisationen), Governancemecha-

---

<sup>39</sup> Diese Form der Finanzierung erfolgt über eine direkte Kapitalvergabe von Personen, zumeist aus Industrienationen, an Personen in Entwicklungsländern. Das Beispiel ist hier die Webseite Kiva.org, wo Personen Anfragen nach direkten Kapitalzuwendungen für Entwicklungsprojekte stellen können. Die Entwicklung geht hier über zu einem „sozialen Unternehmertum“, dessen investierte Rückflüsse sich über einen sozialen Wandel quantifizieren („social impact“). Hier ist eine verschwimmende Grenze zwischen nicht-profitorientierten und profitorientierten Modellen zu konstatieren (Moran 2014b: 382).

nismen (prozedural im Sinne von Prozessmanagement), strategische Positionierung, Reputation und einem „social engineering“ (ideell) über Normen (Owen/Lister/Stansfield 2009: 235).

Grundsätzlich sollte der Einfluss von Stiftungen nicht überschätzt werden. Als Akteur in der Global Governance unterliegen auch sie strukturelle Limitierungen: So sind Stiftungen vom Typus „grant-making“ letztlich von anderen Akteuren – Unternehmen, NGO und staatliche Akteure – zur Erbringung ihrer Leistungen abhängig. Die in der Theorie unerreichte Flexibilität beschränkt sie gleichzeitig in ihrem Handlungsausmaß (Anheier/Daly 2007: 160). Darüber hinaus sind Stiftungen auch nur ein Akteur von vielen in einer Partnerschaft, die per Definition ein Ausdruck diffuser Machtverteilung ist (Owen/Lister/Stansfield 2009: 236).

### *Verortung von Stiftungen in Zusammenspiel mit anderen Akteuren*

Wo sind philanthropische Stiftungen als Akteur in der trisektoralen Zusammenkunft von staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren zu verorten?<sup>40</sup> Ausgehend von den Charakteristika philanthropischer Stiftungen ergibt sich eine besondere Stellung: Sie sind durch die Einlage des (privaten oder unternehmerischen) Stifters finanziell unabhängig, das heißt sie unterliegen nicht wie NGOs dem Imperativ zum konkurrenzbetonten Spendenaufkommen. Die Abhängigkeit von externen Finanzquellen verschärft sich für NGOs, da sie durch Spenden aus der Öffentlichkeit einem Rechtfertigungsdruck für ihr Handeln unterliegen, wohingegen Stiftungen diesen Druck nicht haben, denn sie sind nur dem Stiftungsrat gegenüber verantwortlich. Stiftungen sind an keine formalen Rechenschaftsmechanismen aus der Trias von Wählerstimmen, Mitglieder und Konsumenten gebunden, so dass Stiftungen ein hohes Maß an Entscheidungsautonomie besitzen. Stiftungen stehen, anders als Unternehmen, außerhalb von marktorientierten Konkurrenzkräften und sie sind auch nicht wie staatliche Organisationen an Budgetgrenzen gebunden. Helmut Anheier bezeichnet Stiftungen daher auch als die freiesten Institutionen einer Gesellschaft (Anheier 2005: 50).

Trotz ihrer Ressourcenfülle und Autonomie agieren Stiftungen nicht völlig isoliert und losgelöst von den anderen Akteurstypen, sondern setzen an unterschiedlichen Punkten in diesem System an. Als zentraler Ansatzpunkt von Stiftungen gilt nach wie vor der öffentliche Sektor, da dieser Bereich, ganz im Sinne des Synergieansatzes im „New Governance“ Modell, eine Quelle an Ressourcen darstellt, aber oft als ideenarm beschrieben wird (Erskine 2013). Kenneth Prewitt argumentiert, dass die Gelder von Stiftungen, die sie in ihre Programme investieren, Regierungen einen Hinweis bieten, wo Defizite vorhanden sind und sie

---

<sup>40</sup> Diese Einordnung gilt für den Typus der individuell „grant-making“ Stiftung. Unternehmensnahe Stiftungen liegen entsprechend näher im privaten Sektor und staatliche Stiftungen näher am staatlichen Bereich.



es Regierungen damit ermöglichen, die richtige Strategie zu wählen (Prewitt 2006: 366).<sup>41</sup> Stiftungen sind für Staaten umgekehrt als Kooperationspartner interessant, da sie, anders als andere NGOs, ihre Leistungen grundsätzlich freiwillig und ohne Erwartung auf adäquate monetäre oder politische Gegenleistungen anbieten. Gleichzeitig unterliegen Stiftungen der nationalen Gesetzgebung und ihr institutioneller Status ist das Ergebnis reversibler staatlicher Entscheidungen.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Kooperation von Stiftungen mit NGOs: Während Stiftungen für ihre operationale Tätigkeit zumeist auf die Kompetenz von NGOs auf lokaler Ebene angewiesen sind, fehlt NGOs häufig die finanzielle Grundlage für große Projekte (Moran 2014b: 67). Hier sind dementsprechend Synergien möglich, die aber auch mit Problemen behaftet sind: NGOs besitzen kein Repräsentationsmonopol und auch die Bindungskraft bis auf die lokale Ebene hinab ist nicht immer gegeben (Hall/Bierstecker 2002; Weidner 2004).

Auch privatwirtschaftliche Unternehmen stellen für Stiftungen wichtige Kooperationspartner dar. Zum einen sind sie, wie auch bei NGOs, auf deren Expertise und Produktionskapazitäten angewiesen. Stiftungen üben im Umkehrschluss eine katalytische Funktion für einen Zutritt von Unternehmen in Partnerschaften aus, indem sie durch ihre finanziellen Ressourcen Anreize für eine Beteiligung schaffen. In diesem Zusammenhang hat Michael Moran in der Forschung den Begriff der „partnership brokerage“ (Moran 2011) und der „quasi market-norm [entrepreneur]“ (Moran 2009) geprägt. Stiftungen können auch Anreize für private Akteure zur Produktion von Gütern – wie im Forschungsbereich – setzen, für die es keinen echten Markt gibt (Kaul et. al. 1999: 237).

Philanthropische Stiftungen sind auf Partner angewiesen und nutzen deshalb eine gezielte Einbindung von Partnern, um letztlich die eigene Hebelwirkung (*leverage*) zu vergrößern (Sandberg 2014: 68). Die Beziehung zwischen all diesen Akteuren lässt sich insgesamt als eine reziproke Abhängigkeit verstehen (Prewitt 2006: 357). Die Kooperation zwischen staatlichen, privaten, zivilgesellschaftlichen und philanthropischen Akteuren findet dabei auf unterschiedlichen Ebenen (lokal, mehrjährige Programme, Policy, Beratung) durch unterschiedliche Ansätze (Bildung von lokalen Kapazitäten, Anschubfinanzierungen, Unterstützung von Forschung, Bildung von Initiativen) statt (OECD 2014: 20). Michael Moran beschreibt die Stellung von Stiftungen daher zutreffend als Intermediär zwischen der staatlichen, der privaten und der zivilgesellschaftlichen Sphäre (Moran 2013).

---

<sup>41</sup> Einen Hinweis auf diesen Mechanismus liefert ein Zitat von George Soros: „I try to use my money to influence how governments spend money“ (George Soros, zitiert nach Bishop/Green 2010: 246). Untersuchungen zu Advocacy-Mechanismen im Kontext von „Philanthrokapitalismus“ und privaten philanthropischen Stiftungen gibt es allerdings bisher keine.

## *Stärken und Kritik*

Die Stärken von Stiftungen liegen erstens in der Positionierung als Intermediator zwischen staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren. Diese Stellung erlaubt ihnen Koalitionen zwischen Akteuren zu initiieren und Einflussmöglichkeiten (vor allem in der Initialphase) über die Inklusion und Exklusion bestimmter Akteure (am Beispiel der IAVI und der AGRA, der „Green Revolution in Africa“) auszuüben. Sie können somit aus dieser Position heraus als Katalysator zur Bildung neuer Partnerschaften agieren, indem sie finanzielle Anreize setzen (Moran 2014: 152). Zweitens ermöglicht ihre Ausstattung die Einbringung zusätzlicher monetärer Ressourcen, Expertise und neuer Ideen. Das erlaubt ihnen das Verfolgen risikobehafteter Langzeitansätze, insbesondere in Bereichen wo staatliche und unternehmerische Akteure risikoavers agieren. Sie ermöglicht darüber hinaus einen besseren Zugang zur Beratung und Interaktion mit Regierungen und Unternehmen, die zudem ohne diplomatische Restriktionen ablaufen können, da Stiftungen durch ihre wohltätige Grundausrichtung unabhängig sind von der gezwungenen materiellen Kopplung des Lobbyismus (Pogge 2011: 47-48). Drittens erlauben ihre finanzielle Unabhängigkeit und ihre Autonomie in der Entscheidungsvergabe, dass sie flexibel, problemorientiert und schnell agieren können (Owen/Lister/Stansfield 2009: 235).

Trotz ihrer Möglichkeiten und ihres selbstlosen Daseinszwecks, kommen philanthropische Stiftungen nicht ohne Kontroverse aus. Dabei werden zahlreiche Kritikpunkte angeführt, die sich im Wesentlichen auf drei Dimensionen konzentrieren: Nördliche Dominanz, Legitimität und ihre technische Marktorientierung.

Der erste Kritikpunkt der nördlichen Dominanz bezieht sich auf die Spendenvergabe, insbesondere die der BMGF. McCoy und seine Kollegen haben bei der Spendenvergabe durch die BMGF eine Dominanz von US-amerikanischen und europäischen Forschungsinstitutionen, Internationalen Organisationen und Public-Private Partnerships aus der nördlichen Hemisphäre festgestellt. Insgesamt hat die Stiftung von 1998 bis zum Jahr 2007 8,95 Mrd. US-Dollar im globalen Gesundheitsbereich ausgegeben, wobei 65% dieser Gelder auf dieselben 20 Organisationen fielen (McCoy 2009: 1650). Ein ähnlicher Trend ist auch im Agrikultursektor der BMGF auszumachen. Die internationale nicht-profitorientierte Organisation GRAIN hat berechnet, dass zwischen 2003 und 2014 80% der Forschungsgelder im Agrikultursektor an Organisationen in den USA und Europa vergeben wurden. GRAIN argumentiert, dass die Stiftung versucht den globalen Hunger im Süden dadurch zu lösen, dass sie Gelder an

Institutionen im Norden gibt (GRAIN 2014: 2-3).<sup>42</sup> Die geographische Auswahl ist zentraler Kritikpunkt in der Spendenvergabe philanthropischer Akteure, nicht nur bei der BMGF: Nach Schätzungen der Weltbank gehen 45% der Gelder von US-Stiftungen vor allem in wirtschaftlich interessante und aufstrebende Entwicklungsländer wie China und Brasilien und nicht in die wirklichen armen Länder (zitiert nach Edwards 2008: 240).

Die durch die Spendengelder hergestellte Verbundenheit der Empfängerorganisationen mit der BMGF ruft zudem Befürchtungen hervor, dass durch die finanzielle Abhängigkeit, gerade von Forschungsinstitutionen, eine kritische Evaluierung der Stiftungstätigkeiten ausbleibt und der Einfluss auf das Policy-Making überproportional ansteigt (McCoy 2011: 152). Dieser Kritikpunkt wird umso deutlicher, wenn der Umstand hinzugezogen wird, dass in der Forschung bereits gezeigt wurde, dass philanthropische Stiftungen als politischer Akteur auftreten (Prewitt 2006; Moran 2009; McCoy 2009; Youde 2013). Stiftungen können durch ihre Ressourcen und Autonomie sehr wohl Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen, die auf einer privaten Agenda außerhalb majoritärer Kontrolle basiert. In der Forschung wird der beobachtbare Einfluss als ein Wandel des Stiftungstypus interpretiert: Der traditionell passive Stiftungstyp wandelt sich zu einem aktiv-interventionistischen Stiftungstyp (Moran 2014b: 65).<sup>43</sup> Die deutlichste Beschreibung dieses Kritikpunktes äußert sich im Vorwurf des Paternalismus: Stiftungsgelder finanzieren nördliche Organisationen und Akteure, die ohne Einbezug der eigentlich betroffenen Akteure im globalen Süden für diese entscheiden.<sup>44</sup>

Der zweite Kritikpunkt bezieht sich auf die attestierte fehlende demokratische Legitimation und die mangelhaften Zurechenbarkeit von Entscheidungen. Die Kritik gründet sich im Kern auf dem Umstand, dass die der Stiftung zugrunde liegende private Einlage Steuerfreiheit genießt und damit eine öffentliche Komponente beinhaltet. Eine privat getroffene Entscheidungen über die Spendenvergabe dieser quasi-öffentlichen Mittel ist nicht durch eine elektorale Prozedur legitimiert– Stiftungen besitzen, wie bereits erwähnt, keine Mitglieder und sind auch nicht den Anteilseignern, wie Unternehmen es sind, gegenüber rechenschaftspflichtig (Edwards 2009: 248). David McCoy konkretisiert die Kritik an der mangelnden Rechen-

---

<sup>42</sup> Lediglich 10% der Forschungsgelder gingen laut der Studie an afrikanische Organisationen. Im NGO Sektor zeigt sich ein ähnliches Bild: Von den 669 Mio. US-Dollar, die von der BMGF an im Agrikultursektor tätige NGOs vergeben wurde, gingen dreiviertel aller Spendenausgaben an NGOs in den Vereinigten Staaten und lediglich 4% an afrikanische NGOs (GRAIN 2014).

<sup>43</sup> Unter aktiv und passiv ist hierbei die dauerhafte Präsenz von Stiftungen in Partnerschaften zu verstehen. Traditionelle Stiftungen, wie die Rockefeller Stiftung, zogen sich nach ihrem Engagement bei der Bildung von Partnerschaften zurück, wie am Beispiel der IAVI ersichtlich, ohne sich eine institutionell abgesicherte Mitsprache zu sichern (Moran 2009). Demgegenüber verschafft sich die BMGF dauerhafte Einflussmöglichkeiten über die Besetzung von Sitzen in Entscheidungsgremien (wie dies am Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis sichtbar ist) (Youde 2013).

<sup>44</sup> Kritisiert wird die fehlende Möglichkeit der betroffenen Akteure zur eigenständigen Äußerung über die Bedürfnisse: “It is great to have Bono or the Gates Foundation or the Clinton Global Initiative speak for [the poor]. It would be better to give them the means to speak for themselves” (Rothkopf 2008: 307).

schaftspflicht, indem er die Vergabemodalität von Finanzmitteln der BMGF als intransparent bezeichnet. Er argumentiert, dass diese in der Praxis vor allem auf informellen Beziehungen und Netzwerken beruhen (McCoy 2009: 1651). Zudem befürchtet David McCoy, dass die BMGF die Legitimität traditioneller internationaler Organisationen unterminiert und dabei selbst ohne entsprechende Transparenz und Zurechenbarkeit operiert (McCoy 2011: 156). Im Kern steht dahinter die Befürchtung, dass Stiftungen lediglich die distinkte Meinung des Gründers widerspiegeln und nur entsprechend den Zielen des Stifters agieren.

Der dritte Kritikpunkt stellt die technologisch-marktorientierte Ausrichtung der neuen philanthropischen Stiftungsgeneration in den Vordergrund. Der Vorwurf gründet auf der Priorisierung einiger weniger Krankheiten gegenüber einer breiten Stärkung von nationalen Gesundheitssystemen, was ebenfalls als elementarer Faktor in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten (und allgemeinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen) angesehen wird (Smith et. al. 2004b). Grundsätzlich lassen sich drei Typen von Public Health Interventionen ausmachen: Vertikale (krankheitsspezifische), horizontale (Schaffung von Zugangsmöglichkeiten für grundlegende medizinische Leistungen) und systemweite Ansätze (Aufbau von administrativen und infrastrukturellen Kapazitäten im Gesundheitssystem). Die Public-Private Partnerships, an denen philanthropische Stiftungen beteiligt sind, bevorzugen einen Top-down orientierten, vertikal-krankheitsspezifischen Problemlösungsansatz gegenüber einer horizontalen Stärkung nationaler Gesundheitssysteme und einem Aufbau lokaler Implementationsstrukturen („*capacity building*“<sup>45</sup>) durch den Zugang von Medikamenten und dem Ausgleich sozialer Ungerechtigkeit (King 2013: 97). Kritiker konstatieren in diesem Zusammenhang, dass der effizienzorientierte Ansatz die Lösung für komplexe gesellschaftliche Probleme in einem mechanistischen Ansatz sucht und dabei nur die Symptome, aber nicht die Ursachen der Probleme adressiert (Katz 2005: 126; Edwards 2008: 63; Marten/Witte 2008: 15-18). Insbesondere die BMGF wird von David McCoy bezüglich ihrer Prioritätenliste der selektierten Krankheiten kritisiert. Er führt an, dass die Prioritäten und die dafür zugeteilten finanziellen Mitteln nicht den tatsächlichen Bedürfnissen der armen Länder entsprechen (McCoy 2009: 1650). So umfasst die Initiative zur Ausrottung von Polio (*Global Polio Eradication Initiative*) überproportional viele Ressourcen im Vergleich zu seinen Auswirkungen auf die humanitäre Gesundheit. Shiffmann hat diesbezüglich die Ausgaben von 42 Spenderorganisationen – darunter Regierungen, pharmazeutischer Unternehmen und philanthropischer Stiftungen – für zwanzig Krankheiten untersucht, die den größten negativen Einfluss auf die menschliche Ge-

---

<sup>45</sup> Im Zentrum von „*capacity building*“ steht der Aufbau funktionierender Implementierungsstrukturen, das heißt der Aufbau einer systemweiten Infrastruktur im Gesundheitssystem (Levy 1993).

sundheit haben.<sup>46</sup> Der Poliovirus ist nach den Berechnungen von Schiffmann für 0,04% der globalen Gesundheitsbelastungen verantwortlich, erhielt aber 14,65% der direkten Spendengaben. Malaria dagegen ist für 14,30% der globalen Gesundheitsbelastungen verantwortlich, erhält aber nur 9% der finanziellen Mittel. Noch drastischer zeigt sich die Verteilung für die Kategorie akuter Atemwegserkrankungen: Einer Belastung von 25,98% stehen gerade einmal 2,40% der globalen Ausgaben gegenüber (Schiffmann 2006, zitiert nach Koenig-Archibugi 2011: 173). Die Orientierung an spezifischen vertikalen Problemlösungsmechanismen kann in dem ökonomischen Streben nach Evaluierung und Messbarkeit der Ergebnisse gesehen werden. In dieser Strukturkonstellation liegt ein weiterer Ansatzpunkt für Kritik: Es wird argumentiert, dass Stiftungen mit ihren eigenständigen Tätigkeiten zu einem Konkurrenz Aufbau bestehender Strukturen beitragen können. So können duplizierte Strukturen zu einem administrativen Problem für Entwicklungsländer werden (Lele/Sadik/Simmons 2005).

Trotz aller Kritik verfolgen Stiftungen einen zentralen Zweck: Die Vergabe von Spenden oder das Durchführen von Programmen für philanthropische Zwecke auf freiwilliger Basis. Folglich ist näher zu erläutern, was genau hinter dem Begriff der Philanthropie steht.

### **2.3.2 Philanthropie und Wohltätigkeit**

Die Frage nach dem Wesen von Philanthropie ist eigentlich eine ethische Frage, aber dennoch ist eine Beschäftigung mit dem Begriff notwendig, denn aus seinem Verständnis heraus entspringt der Grundgedanke einer philanthropischen Stiftung. Philanthropie beschreibt in seiner reinen Wortbedeutung menschenfreundliches Verhalten. Genauer lässt sich Philanthropie durch die generelle Mildtätigkeit von Individuen charakterisieren, die sich durch öffentliche Gabe von privater Hand an eine bestimmte soziale Gruppe auszeichnet.<sup>47</sup> Dabei geht es im Wesentlichen um essentielle moralische Fragen: Warum sollte man Bedürftigen etwas geben? Wer sollte wie viel geben? Haben Personen mit einem großen Vermögen eine größere Verpflichtung etwas zu geben als ärmere Personen? Ist es effektiver Individuen direkt zu helfen oder öffentliche Güter für die allgemeine Nutzung bereitzustellen? Spielt Philanthropie überhaupt eine Rolle?

---

<sup>46</sup> Der Einfluss wurde über das Verhältnis zwischen Spendengabe zu DALY berechnet. Die Messung der Krankheiten erfolgt in der Regel über das Konzept der DALY (disability-adjusted life-year). DALY ist ein Indikator der sowohl Informationen über die Mortalität als auch die Morbidität enthält. Mit diesem Konzept soll die Bedeutung verschiedener Krankheiten auf die Gesellschaft gemessen werden. Auch soll die Effizienz von Vorbeugung und Behandlung messbar werden. Das Konzept ist nicht ohne Kritik: Komorbiditäten, wie sie zum Beispiel bei Gruppe der 17 vernachlässigten Infektionskrankheiten üblich ist, können nicht berücksichtigt werden. Zur Kritik vgl. den Aufsatz von Charles King und Anne-Marie Bertino (King/Bertino 2008).

<sup>47</sup> Die Gabe kann sich in unterschiedlicher Form ausdrücken: Zum Beispiel durch private Gaben an transnationale NGOs, Individuen oder Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene (Anheier/Daly 2006).

Die letzte Frage ist schnell beantwortet: Die Aufmerksamkeit für die Philanthropie hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Ein Grund dafür ist das gesteigerte mediale Auftreten von berühmten und wohlhabenden Persönlichkeiten wie Bono, Angelina Jolie oder eben Bill Gates in Form von Wohltätigkeitsorganisationen und Spendengalas für Kampagnen wie „Making Poverty History“ für globale Probleme wie Armut (Cooper 2007). Damit im Zusammenhang steht auch die wachsende Ungleichheit zwischen Arm und Reich: So schätzt Oxfam, dass ein Prozent der Bevölkerung mehr als 50% der weltweiten Vermögenswerte besitzt – anders ausgedrückt, „the wealth of the one percent richest people in the world amounts to \$110 trillion. That’s 65 times the total wealth of the bottom half of the world’s population“ (Oxfam 2014: 2). Ausgedrückt in Zahlen von Milliardären: Besaßen die 140 Milliardäre im Jahr 1987 insgesamt 295 Mrd. US-Dollar, so stieg die Zahl im Jahr 2000 auf 470 Milliardäre mit einem Gesamtvermögen von 898 Mrd. US-Dollar. 2013 lag die weltweite Zahl an Milliardäre schließlich bei 1426 bei einem Gesamtvermögen von 5,4 Billionen US-Dollar (Forbes 2014b). Wird das angehäuften private Vermögen betrachtet, so ist die Möglichkeit großer philanthropischer Gaben in den letzten zwei Jahrzehnten stark angestiegen. Im Schlusskapitel diskutiere ich diesbezüglich die Frage, ob Philanthropie als praktikables Instrument der Global Governance sinnvoll sein kann oder nicht. Im Folgenden soll es aber zunächst um das Verständnis, das hinter dem Begriff der Philanthropie steht, gehen.

#### *Wandelungsprozesse der Philanthropie - Grundverständnis*

Der Begriff der Philanthropie findet sich bereits in dem antiken griechischen Diskurs.<sup>48</sup> Grundsätzlich lässt sich das Verständnis von Philanthropie an der Philosophie der W.K. Kellogg Stiftung verdeutlichen. Für die in den 1930er Jahren gegründete W.K. Kellogg Stiftung heißt Philanthropie bis heute:

*„The giving of time, money, and know-how to advance the common good“  
(Fulton/Blau 2005: 4)*

Traditionellen Stiftungen wie die Rockefeller-, Carnegie-, oder W.K. Kellogg Stiftung haben dazu einen materiell-wohlthätigen Ansatz gewählt, der die Linderung von spezifischen Symptomen von sozio-ökonomischen Problemlagen im Blick hatte und sich durch den Bau von Hospitälern, Bibliotheken und anderen materiellen Gaben ausgedrückt hat. Karl Katz hat

---

<sup>48</sup> Für einen historischen Überblick über die Entwicklung der Philanthropie von der Antike bis zur Moderne sei auf das Werk von Peter Kiger verwiesen. Im antiken Diskurs findet sich eine der ersten Erwähnungen des Begriffs bei Plato. Für Plato bedeutet der Ausdruck *philanthropos* die wohlwollende Einstellung der Götter zu den Menschen. Hier hat philanthropisches Verhalten noch einen transzendenten Charakter (Platon, Das Gastmahl (Symposion), 42). Für die Römer der Kaiserzeit bedeutete philanthropisches Handeln dagegen das Bereitstellen von öffentlich nutzbaren Gebäuden, während aus mittelalterlich-christlicher Sichtweise das Wohlergehen des einzelnen Individuums (Heilfürsorge) im Vordergrund stand (Kiger 2000).

gezeigt, dass sich der Ansatz der im Laufe der Zeit zu einem immateriell-wissenschaftlichen Ansatz gewandelt hat. Im Zentrum dieses Ansatzes geht es um die systematische und explorative wissenschaftliche Erforschung nach den Ursachen von sozialen- und andere öffentlichen Problemlagen und dem Versuch, diese über langfristige Lösungsansätze zu beseitigen, anstatt nur die Symptome dieser Probleme anzugehen (Katz/Katz 1987; Schlüter et. al. 2001). Insofern kann von einem traditionellen und einem modernen Ansatz differenziert werden.<sup>49</sup>

### *Wandlungsprozesse der Philanthropie - Ansatzwandel*

Im Sinne der Erbringung öffentlicher Güter drückt sich der Wandel dahingehend aus, dass sich die Stiftungstätigkeiten weg von einer materiell-individuellen Bereitstellung von öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Bibliotheken, Museen und Hospitälern und hin zu einer Unterstützung der Wissenschaft zur Elaboration wissenschaftlich fundierter Präventivmaßnahmen für einzelne Krankheiten (hier bezogen auf den Global Health Bereich) in den Anfängen des 20. Jahrhunderts bewegt hat (Page/Valone 2007).<sup>50</sup> Damit ist nicht gesagt, dass der „alte“ Ansatz der materiellen Bereitstellung obsolet geworden ist: Dieser Ansatz wird nach wie vor verfolgt. Die neue Generation von Stiftungen hat den wissenschaftlichen Ansatz nur konsequent weiterverfolgt und ausgebaut.

### *Wandlungsprozesse der Philanthropie - Philanthrokapitalismus*

Im Kern besteht die Weiterentwicklung in einer konsequenten Ökonomisierung der Philanthropie. Das lässt sich an drei Dimensionen festmachen: Erstens an einer intensiven Fokussierung auf die Ursachenbekämpfung von Krankheiten durch wissenschaftliche Expertise; zweitens an der Professionalisierung von Stiftungen in administrativer Hinsicht und drittens an der Einführung ökonomischer Managementmethoden (Prewitt 2006: 363). Die Folgen, die sich daraus ergeben haben, finden sich in der Forschung unter dem Begriff des „Philanthrokapitalismus“.<sup>51</sup> Philanthropisch-orientierte Unternehmer haben die ihnen bekannten Marktme-

---

<sup>49</sup> Was ich hier als „traditionell“ und „modern“ bezeichne ist semantisch nicht entsprechend der Wortbedeutung und dem dahinterliegenden historischen Gedanken zu verstehen. Die Aufteilung dient hier lediglich zur Skizzierung der unterschiedlichen Philanthropieverständnisse und deren Auswirkungen auf die Bereitstellung öffentlicher Güter.

<sup>50</sup> Die Vorstellung hinter diesem Wandel geht auf John D. Rockefeller zurück: „The best philanthropy involves the search for the cause, an attempt to cure evils at their source“ (Rockefeller 1984: 122). Karl Katz weist dabei auf den Kontext hin, in dem Stiftungen wie die von John D. Rockefeller entstanden sind: Aus dem Grundgedanken heraus, dass die Probleme der Industrialisierung durch denselben technisch-wissenschaftlichen Fortschritt, der die Probleme zunächst verursacht hat, auch wieder gelöst werden können (Katz 1987: 208).

<sup>51</sup> Die akademische Auseinandersetzung mit dem Phänomen des „Philanthrokapitalismus“ hat erst in jüngster Zeit begonnen und ist daher noch sehr überschaubar (Jenkins 2011). Das gilt ebenso in Bezug auf die Rolle von Stiftungen in diesem Zusammenhang (Fleishman 2007). „Philanthrokapitalismus“ stellt dabei aber per se kein neues Konzept dar, sondern kann als eine Spielart strategischer Philanthropie mit einer Mischung aus sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen verstanden werden (Sandfort 2008). Andere Begriffe für die strategi-

chanismen und das erwerbsmäßige Kalkül auf den zivilgesellschaftlichen Bereich übertragen. Oder wie es David Bosworth ausdrückt: „Philanthrokapitalismus“ beruht auf dem Glauben, dass persönlicher Erfolg als Unternehmer in der Philanthropie wiederholbar ist (Bosworth 2011: 383). Das spiegelt sich auch in der Semantik in dem Philanthropieverständnis der BMGF, als größtem Vertreter dieser neuen Stiftungsgeneration, wieder:

*„Die grundlegende Aufgabe der Philanthropie besteht darin, vielversprechende Lösungswege zu testen, die sich Regierungen und Unternehmen finanziell nicht leisten können. Wenn wir während dieses **Lernprozesses** erfahren welche **Investitionen** sich am meisten lohnen, müssen wir unsere **Strategien** anpassen und die Ergebnisse mit anderen teilen, damit alle daraus lernen können“ (Brief von Bill und Melinda Gates; Bill und Melinda Gates Stiftung a)*

Hier erfolgt die Verknüpfung der Philanthropie mit einer ökonomischen Semantik von Investition, Lernprozess und Strategie, die typisch ist für diese neuen Stiftungen. Sie setzen auf ein Model der strategischen Philanthropie: Der Versuch privatwirtschaftlichen Methoden angewandt auf den philanthropischen Sektor.

Die neue Stiftungsgeneration (u.a. die BMGF) unterscheidet sich demnach von den traditionellen Stiftungen wie der Rockefeller oder Ford Stiftung in drei distinkten Merkmalen: Die neuen Stiftungen besitzen erstens einen weltweiten Aktionsradius, denn „Philanthrokapitalisten“ sehen sich nach Berit Sandberg als „Weltsanierer“ mit einem weltweiten Aktionsradius (Sandberg 2014: 76); sie nehmen zweitens eine zunehmend aktiv gestaltende Rolle in der politischen Entscheidungsfindung ein, die über traditionelle Finanzierung hinausgeht (vgl. hierzu den bereits angesprochenen Wandel der Stiftung vom passiven in einen aktiven Typus);<sup>52</sup> und sie setzen drittens auf die Einführung ökonomischer Ideen und Managementtechniken zur Auswahl, Überwachung und Evaluierung ihrer „Investitionen“ (Hulme 2010: 100). Michael Moran betitelt diese neue Form der philanthropischen Stiftungen als „reflexive second generation foundation“ (Moran 2014b: 66).

#### *Wandlungsprozesse der Philanthropie – Folgen aus dem Ansatzwandel*

Es lassen sich durch die Ökonomisierung zwei zentrale Wandlungsprozesse feststellen, die im Bereich der Wissenschaftsförderung und der Vergabemodalitäten zu verorten sind. In der Förderung der Wissenschaft lässt eine Gestaltung eigener Forschungsprogramme durch

---

sche Philanthropie, die in diesem Zusammenhang verwendet werden, sind „venture philanthropy“, „effective philanthropy“ oder „mission-driven philanthropy“ (Katz 2005).

<sup>52</sup> Eindrucksvoll zeigt sich das im Treffen von Bundeskanzlerin Merkel und Bill Gates im Vorfeld der GAVI-Konferenz, die am 27.01.2015 in Berlin stattfindet. Laut Pressemitteilung der Bundesregierung trifft sich die Bundeskanzlerin mit Bill Gates. Dabei soll es u.a. um die Zusammenarbeit bei der Ebola-Bekämpfung gehen (Bundesregierung 2014).



Stiftungen beobachten. Das wohl eindringlichste Beispiel ist in diesem Zusammenhang die von der BMGF ausgeschriebenen Forschungsgelder für die 16 von ihnen identifizierten *Grand Challenges* im globalen Gesundheitsbereich, indem die dort ausgeschriebenen Forschungsprogramme den eigenen Stiftungsinteressen angepasst werden (Katz 2005: 130).

Die Ökonomisierung hat auch Auswirkungen auf die Spendenvergabe und zwar sowohl auf die Struktur von Stiftungen als auch in Form einer veränderten Handlungslogik. Aus dem Einbezug unternehmerischer Konzepte und marktbasierter Lösungsversuche ist zu beobachten, dass die neue Generation von Stiftungen zunehmend ehemalige Angestellte aus dem Privatsektor gegenüber Nonprofit-Managern vorziehen, alternative Investmentstrategien unter Rückgriff auf ihre Kapitaleinlagen entwickeln (hier dient wieder das Beispiel der *Grand Challenges*) und sich auf die quantitative Evaluation ihrer Tätigkeiten konzentrieren (Edwards 2008).

Philanthropisches Handeln hat sich in Folge der Messbarmachung vom bedingungslosen Geben zu einer Förderung nach dem Reziprozitätsprinzip, gemäß dem ökonomischen Grundgedanken, hin gewandelt (Jenkins 2011: 13). Frank Adloff beschreibt den Wandel als hin zu einer „konditionalisierte[n] Form des Gebens“ (Adloff 2010: 41). Diese Stiftungen bevorzugen eine vertiefte und aktive kontrollierende Interaktion mit den Empfängern – „donor control of investees“, wie es bei Michael Moran heißt beziehungsweise „philanthropischer Paternalismus“, wie es Salamon geraume Zeit zuvor beschrieb (Salamon 1987: 385; Moran 2014b: 381). Im Sinne der Empfängerkontrolle verordnen die Stiftungen den Geförderten „eine Art ökonomisches Erziehungsprogramm“ (Adloff 2010: 40). „Philanthrokapitalisten“ werden so zu sozialen Investoren, deren Investitionen sich nicht durch einen monetären Rückfluss äußern, sondern in Form von einem zurechenbaren, messbaren und sozialem Wandel (Edwards 2009: 243).

Damit einhergeht, anders als das bei den traditionellen Stiftungen der Fall war, eine nur begrenzte Lebensdauer der neuen Stiftungsgeneration. Das damit verbundene Ziel ist die schnellere und gezieltere Vermögensverteilung: So haben Bill und Melinda Gates festgelegt, dass die BMGF 20 Jahre nach dem Tod der beiden ein Ende findet (Bill und Melinda Gates Stiftung b). Das wirft insbesondere Probleme in der Endphase einer Stiftung auf. Diesen Umstand greife ich im Schlusskapitel nochmals auf und diskutiere ihn kritisch mit Blick auf die Nachhaltigkeit von Stiftungen im Schlusskapitel unter der Frage der Praktikabilität von Philanthropie als Instrument in der Global Governance.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Viele der Initiativen sind stark geberabhängig: Beendet ein wichtiger finanzieller Geber sein Engagement, so ist ein Fortbestand der Initiative (PPP) unwahrscheinlich. Initiativen wie der GAVI Alliance versuchen Regierungen zur Übernahme von Verantwortung und damit zum Aufbau von Kapazitäten vor Ort zu bewegen, was als

Der Wandlungsprozess lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die traditionelle Form der Philanthropie legte den Fokus auf das „capacity building“, die Herausbildung von Advokatennetzwerken und die noch Förderung der Wissenschaft, wenn gleich in einem geringen Umfang (Brainard/LaFleur 2007: 27). Die moderne Philanthropie („Philanthrokapitalismus“) fokussiert sich in Folge der Ökonomisierung auf ökonomische Interventionen und Servicedarbietungen mit kurzfristiger Materialorientierung, die auch mit einer Kontrolle der Empfänger und einer messbaren Ergebnisorientierung einhergeht. Zudem liegt der Fokus auf der Förderung wissenschaftlich-technologischer Entwicklungen.<sup>54</sup> „Philanthrokapitalisten“ nutzen den Markt als Instrument für philanthropische Gaben. Als Grund für die Neuorientierung kann die Unzufriedenheit mit den Makeln der traditionellen Philanthropie – unter anderem der Mangel an Evaluationsstudien und hohe Transaktionskosten durch Partner vor Ort – genannt werden (Edwards 2009: 244-245). Es kommt durch den Wandlungsprozess, wie bereits erwähnt, nicht zu einem Ersetzen der „alten“ Philanthropievorstellung, sondern im Zuge der Ökonomisierung zu einer Neuorientierung.<sup>55</sup>

### **2.3.3 Die Bill und Melinda Gates Stiftung**

#### *Relevanz - Vermögen*

Im Allgemeinen ist eine starke Konzentration von Vermögen im philanthropischen Stiftungsbereich festzustellen: Die zehn größten individuellen privaten Stiftungen besitzen mehr als die Hälfte (109 Mrd. US-Dollar) des Vermögens der 50 größten US-Stiftungen (208 Mrd. US-Dollar). Darüber hinaus waren diese zehn Stiftungen für 63% aller internationalen US-Spendenausgaben im Jahr 2008 verantwortlich (US Foundation Center 2013). Die BMGF ist sicherlich die größte der philanthropischen Stiftungen, bezogen auf die Ausgaben der Stiftung im Vergleich zu anderen philanthropischen Stiftungen. Tabelle 4 auf der folgenden Seite zeigt die zehn größten US-amerikanischen Stiftungen und ihre internationalen Spendenausgaben für den gesamten Entwicklungsbereich.

---

ein wichtiger Faktor für den effektiven Fort- und Tätigkeitsbestand angesehen wird (Beisheim/Fuhr 2008: 13). Das Kriterium der Nachhaltigkeit, welches im Schlusskapitel nochmals aufgegriffen wird, stelle ich in Kapitel 2.4.2 näher vor

<sup>54</sup> Der Fokus auf die Wissenschaftsförderung findet sich vor allem bei „grant-making“ Stiftungen wie der BMGF und anderen Stiftungen desselben Typs. Unternehmensnahe Stiftungen (vor allem vom Typ „operating“) setzen dagegen nach wie vor eher auf direkte Interventionen und eigene lokale Programmausführungen.

<sup>55</sup> Michael Edwards sieht die Unterscheidung zwischen alter und neuer Philanthropie als übertrieben an, da es an empirischen Untersuchungen über den Einfluss auf die Entwicklungspolitik als Ganzes fehlt (Edwards 2009: 245). Das was am „Philanthrokapitalismus“ neu ist und was ihn von anderen Formen strategischer Philanthropie unterscheidet, ist noch nicht untersucht worden: unter anderem der Stifter in seiner Rolle als Unternehmer sowie Stiftungsmodelle und neuen Formen der Vermögensanlage (vgl. Sandberg 2014).

**Tabelle 4: Die zehn größten US-amerikanischen Stiftungen und ihre internationalen Spendenausgaben im Jahr 2012 (in US-Dollar)**

Name der Stiftung		Typus	Zahl der bewilligten Projekte	Dollarwert der Spendenausgaben
1	Bill und Melinda Gates Stiftung	IN	352	880.615.007\$
2	Ford Stiftung	IN	579	135.800.339\$
3	Open Society Institute	OP	377	110.560.991\$
4	Rockefeller Stiftung	IN	127	42.786.361\$
5	Coca-Cola Stiftung, Inc.	CS	146	37.268.749\$
6	Gordon und Betty Moore Stiftung	IN	41	36.116.516\$
7	William und Flora Hewlett Stiftung	IN	72	35.957.241\$
8	John D. und Catherine T. MacArthur Stiftung	IN	128	34.680.500\$
9	Andrew W. Mellon Stiftung	IN	81	28.569.007\$
10	Susan Thompson Buffet Stiftung	IN	19	27.919.882\$

Quelle: Eigene Darstellung nach dem US Foundation Center 2012b. Legende: IN = Individuell; OP = Operating; CS = Corporate (Unternehmensstiftung)

#### *Relevanz – Bewertung in der Literatur*

Der Untersuchungsgegenstand der BMGF wurde mit Blick auf die Unterstützung der Forschung und der Ressourcenkapazität ausgewählt. Zudem gilt die Stiftung einigen als Hoffnungsträger für den globalen Gesundheitsbereich: Für Cohen sind philanthropische Stiftungen wie die BMGF ein willkommener Akteur auf der internationalen Bühne, um mit ihrer Kombination aus Finanzkraft und der Bereitschaft, die innovative Kapazität von privaten Unternehmen zu nutzen, die Rigidität von IGOs zu durchbrechen. Durch diesen Umstand haben Stiftungen das Public Health Universum neu arrangiert (Cohen 2002). Kent Buse und Gilt Walt betonen, dass die Beiträge der BMGF eine wertvolle Quelle für den globalen Gesundheitsbereich darstellen. Sie sehen auch die Befürchtungen vor einem übermäßigen Einfluss als übertrieben an (Buse/Kent 2002).

Mit Blick auf die Leistungsfähigkeit sind die beiden angesprochenen Studien von Marten und Witte sowie von Cornelia Ulbert und Brigitte Hamm von Relevanz. Marten und Witte kommen in ihrer Studie über das Engagement der BMGF im globalen Entwicklungsbereich zu dem Schluss, dass die BMGF und philanthropische Stiftungen im Allgemeinen „do more good than bad“ (Marten/Witte 2008: 28). Sie nennen dafür folgenden Grund: Stiftungen stellen eine kompetitive Herausforderung für traditionelle Spender (Staaten) dar und bewegen sie durch *best-practice* Beispiele zum Überdenken der eigenen Stellung und letztlich damit zur Leistungsverbesserung. Die Autoren weisen auf das Innovationspotenzial der Stiftungen, aber auch auf Umsetzungsdefizite in Bezug auf effektive und unbürokratische Organisationsstruk-

turen, Transparenz und Wirkungsmessung hin (Marten/Witte 2008: 15-22). Cornelia Ulbert und Brigitte Hamm kommen in ihrer Evaluationsstudie über den Einfluss der BMGF und der von ihr unterstützten Partnerschaft MACEPA (Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa) zu dem Ergebnis, dass Stiftungen einen Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung der Ziele auf der Impact-Dimension leisten können, indem sie frische Ressourcen und neue Ideen bereitstellen (Ulbert/Hamm 2011: 203). Ulbert und Hamm sehen einen weiteren positiven Einfluss der Stiftung darin, dass sie durch *best-practice* und die Einführung von Evaluationen einen Beitrag geleistet haben, die globale Gesundheitsagenda positiv zu beeinflussen (Ulbert/Hamm 2011: 203). Trotz der kritischen Stimmen bezüglich ihrer Legitimität und ihrer Programmauswahl (vgl. die Kritik in Kapitel 2.3.1) legt der Literaturüberblick und die Darstellung der Charakteristika nahe, dass Stiftungen im Allgemeinen – und die BMGF im Speziellen – durchaus das Potential zur Problembearbeitung im Bereich von Global Health beizutragen.

### *Vermögen der Stiftung*

Das Vermögen der BMGF stammt aus dem Privatvermögen der Gates Familie und der Großspende von Warren Buffet aus dem Jahr 2006. Die BMGF besteht aus zwei Körperschaften: Der BMGF (Stiftung) und dem BMGF Trust (Trust). Die BMGF ist dabei der operationale Part, betreut durch die Treuhänder Bill und Melinda Gates, während der Trust die Investitionsanlagen von Bill und Melinda Gates sowie von Warren Buffet verwaltet und dessen Erträge der Stiftung aus der Investitionen vor allem in Nahrungs- und Pharmazieunternehmen zu deren Zweckerfüllung zur Verfügung gestellt wird (Bill und Melinda Gates Stiftung b; Stuckler/Basu/McKee 2011: 5).<sup>56</sup>

### *Tätigkeitsspektrum der Stiftung*

Das Tätigkeitsfeld der BMGF umfasst das Feld „Global Gesundheit“ (*Global Health* - u.a. die Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, Durchfallerkrankungen, Malaria und vernachlässigte Krankheiten), „Globalen Entwicklung“ (*Global Development* - u.a.

---

<sup>56</sup> So hält die Stiftung Anteile an Unternehmen wie McDonald's (9,4 Mio. Anteile, was 5% des Stiftungsportfolios entspricht) und Coca Cola (über 15 Mio. Anteile, was etwa 7% des Portfolios entspricht). Darüber hinaus ist sie an den Pharmaunternehmen Johnson & Johnson, Eli Lilly and Company und Merck & Co. beteiligt (Stuckler/Basu/McKee 2011: 5). Auch private Unternehmen profitieren von der Beteiligung: Pharmaunternehmen wie Merck und GlaxoSmithKline profitieren im Rahmen von Partnerschaften von Zugangsmöglichkeiten (McCoy 2009). Die BMGF dient hier als herausragendes Beispiel für das Spannungsfeld zwischen Geschäftsinteressen und einer philanthropischen Investitionspolitik, dessen Folgen für die globale Gesundheitspolitik kontrovers diskutiert werden. Dabei geht es insbesondere um die Beteiligung von philanthropischen Unternehmen, deren Geschäftszweck den erklärten Zielen der Stiftung zuwiderläuft (Global Health Watch 2011: 267; Bosworth 2011: 387; Sandberg 2014: 65).

Landwirtschaftshilfe, Polio und sanitäre Hygiene) sowie das „United States Programm“ (High-School Vorbereitung und Förderung im Staat Washington). Die Stiftung investiert dabei einen Großteil ihrer Gelder im Global Health Bereich in Programme zur Entwicklung medizinischer Technologie mit dem Schwerpunkt auf Infektionskrankheiten: Mehr als 97% der finanziellen Ausgaben standen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten und lediglich 3% mit chronischen nichtübertragbaren Krankheiten (Krebs, Diabetes, Adipositas) (Sridhar 2008). Zwischen 1998 und 2007 spendete die Stiftung knapp neun Mrd. US-Dollar für insgesamt 1094 Programme im Global Health Bereich, wovon etwa die Hälfte an US-amerikanische Einrichtungen und 40% an supranationale Organisationen gespendet wurde. Etwa 42% der Gesamtausgaben wurden für die Entwicklung von Medikamenten und medizinischen Produkten und etwa ein Drittel für technologische Entwicklungen ausgegeben (McCoy 2009: 1650-1651). Die Ausgaben der Stiftung sind für sich genommen enorm, ausgehend von der Tatsache, dass sie aus dem Kapitalstock eines einzelnen Spenders stammen – nichts desto trotz müssen sie aber auch in dem Gesamtkontext betrachtet werden. Die Gates Stiftung ist ein einflussreicher, aber kein dominanter Akteur. Auch andere Akteure leisten beträchtliche Beiträge. Im Jahr 2005 gab die Stiftung 826 Mio. US-Dollar für wissenschaftliche Forschung im Bereich von Infektionskrankheiten aus. Im selben Jahr gab der GFATM 1,05 Mrd. US-Dollar für Gesundheitsdienstleistungen aus und die Weltbank vergab 3,8 Mrd. US-Dollar an Präventionsleistungen für Infektionskrankheiten (Sridhar 2008: 1187-1188).

#### *Allgemeine Ziele, Förderkriterien und Entscheidungsstruktur*

Es ist zu klären, nach welchen Zielen die Stiftung agiert und wer die Entscheidungen darüber trifft. Im Kern der Stiftungsaktivität steht der Anspruch der Stiftung, dass sie durch die Fortschritte in Wissenschaft und Technologie Menschenleben retten möchte:

*„Voraussetzung dafür ist, dass wir **Defizite im wissenschaftlichen Wissen identifizieren (1)** und beseitigen und neue technologische Plattformen entwickeln bzw. implementieren, die Forschungsarbeiten im Sinne unserer Zielsetzung vorantreiben können [...und...] die **in den Entwicklungsländern auf Akzeptanz stoßen und dort nachhaltig bereitgestellt werden können (2)**. Gemeinsam mit unseren Partnern in diesem Programm sowie mit Regierungsbehörden und anderen Geberorganisationen legen wir besonders prioritäre Einsatzbereiche fest, fördern die Zusammenarbeit zwischen Forschern und **setzen uns für ein globales Netzwerk von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften ein (3)**“ (Bill und Melinda Gates Stiftung f - Hervorhebung durch den Autor)*

Dementsprechend formuliert die BMGF ihre Strategie und legt dieser erstens die Beseitigung der Defizite im wissenschaftlichen Wissen (1), die zweitens auf Akzeptanz stoßen und nach-

haltig bereitgestellt werden (2) sowie drittens die Einbettung in ein globales Netzwerk von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften (3) zu Grunde.

Die Auswahlkriterien von Anträgen sind die Themenspezifika der Projekte und der unkonventionelle Innovationsfaktor, verknüpft mit einer rationalen Erfolgserwartung. Die Gates Stiftung beschreibt das folgendermaßen: „Discover pathbreaking new solutions that are affordable and reliable” (Bill und Melinda Gates Stiftung *e*). Im Rahmen ihrer Förderungen müssen die unterstützten Partner ihre Fortschritte in regelmäßigen Abständen an die Stiftungen melden. Dazu müssen sie die Auflagen der Stiftung einhalten: Sie brauchen spezifische Zwischenziele, anhand derer eine Bewertung des Fortschritts durchgeführt werden kann sowie einen Zeitplan für ihre Arbeit und sie müssen ihre pharmazeutische Entdeckungen in einem angemessenem preislichen Umfang den Entwicklungsländern zur Verfügung stellen. Grundsätzlich werden keine Mittel außerhalb der eigenen Förderprioritäten vergeben werden. Darüber hinaus werden Individuen, Gesundheitsprobleme in entwickelten Ländern, Kampagnen und Projekte mit exklusivem religiösem Hintergrund nicht gefördert (Bill und Melinda Gates Stiftung *d*).

Die Spendenvergabe und Förderung wird vom Management der Stiftung beschlossen, wobei die detaillierte Diskussion innerhalb des Stiftungsrates aus Rücksicht auf die Spendenbewerbung nicht veröffentlicht wird. Das Management der BMGF (Stiftung) überwacht die Stiftungsaktivitäten. Das Komitee besteht aus drei Vorsitzenden (Bill, Melinda und William Gates), drei Trustees (Bill und Melinda Gates, Warren Buffet), einem Vorstandsvorsitzenden (Dr. Susan Desmond-Hellmann) und drei Präsidenten aus den drei betreffenden Abteilungen Globale Gesundheit, Globale Entwicklung und dem United-States Programm (Bill und Melinda Gates Stiftung *e*). Entscheidungen über die Projektgestaltung treffen die Führungsteams in der jeweiligen Organisation. Dort werden auch die jeweiligen Strategien entwickelt, in einem ständigen Dialog weiterentwickelt und einer jährlichen Evaluation unterzogen.

### *Evaluation*

Die Evaluation erfolgt über eigene Programmtteams, wobei die BMGF zwischen Projekten mit einem hohen Evaluationsbedarf und solchen mit einem niedrigen Evaluationsbedarf unterscheidet. Der Unterschied bezieht sich auf die Messbarkeit der Ergebnisse – je schwieriger diese ist, desto größer die Priorität. Die Evaluation der Ergebnisse wird dabei entweder durch die Stiftung unterstützt (hohe Evaluationspriorität der BMGF) oder durch die jeweiligen Partnerinstitutionen bereitgestellt (niedrige Evaluationspriorität der BMGF). Die BMGF evaluiert ihre eigenen Tätigkeiten, um Verbesserungen am eigenen Programm vornehmen zu

können. Zur Evaluation nutzt die BMGF Rückmeldungen der Partnerinstitutionen bezüglich ihrer Zufriedenheit (*Grantee Progress Reports*), die durch das Center for Effective Philanthropy im Auftrag der BMGF erhoben werden (Bill und Melinda Gates Stiftung i).<sup>57</sup> Externe Bewertungen (wissenschaftliche Publikationen) werden nicht veröffentlicht oder auf sie verwiesen. Auffällig dabei ist, dass die Stiftung kein Material über die eigene Evaluation ihrer Programme auf ihrer Homepage zur Verfügung stellt. Die Stiftung gibt dazu zwei Gründe an: Die BMGF sieht es erstens als schwierig an die eigenen Ressourcengaben von denen der Partnerinstitutionen zu trennen und zweitens ist sie mehr daran interessiert, wie die Ressourcen und Partnerschaften am effektivsten genutzt werden können, um die eigene Programmausführung durchzuführen.<sup>58</sup> Mit anderen Worten: Es geht um die Evaluation im Sinne einer Rückmeldung von Partnerakteuren, um die Anbindung der Stiftung an Partnerschaften zu optimieren und nicht darum, die eigenen Programme und Strategien im Hinblick auf ihre Effektivität zu evaluieren.

Es findet sich auf der Homepage keine Übersicht über die Kriterien, die der Strategieauswahl und der anschließenden Evaluation der Tätigkeiten zu Grunde liegen. Lediglich die jährlichen Berichte (*annual reports*) geben einen Eindruck über die aufgewendete Summe und ihrer Verwendung, wenn gleich nicht in einem systematischen Bild. Die Einzelspenden werden auf der Homepage nicht zusammengefasst aufgelistet, sondern themenspezifisch in einer Datenbank (*Awarded Grants*) gelistet. Zu vermerken ist weiterhin, dass die Jahresberichte erst ab dem Jahr 2009 eine detaillierte Auflistung der Spendengelder in den drei Tätigkeitsfeldern erfolgte, so dass erst ab diesem Zeitpunkt nachzuvollziehen ist, welcher Subbereich in welcher Höhe Spendengelder erhalten hat (Bill und Melinda Gates Stiftung j).

### *Zusammenfassung*

Aus Gründen der Praktikabilität gehe ich auf die konkreten Ziele und Strategien der BMGF bezüglich der Tuberkulose in Kapitel 3.2.3 näher ein. Abschließend soll ein Überblick über die zentralen Charakteristika der Stiftung erfolgen. Den *modus operandi* der Gates Stiftung im Global Health Bereich fasst Tabelle 5 auf der folgenden Seite zusammen.

---

<sup>57</sup> Die BMGF konstatiert das folgendermaßen: „To give our partners flexibility in how they achieve results, we do not require them to report on all of their activities. Instead, we focus on purposefully measuring the most critical metrics of progress that support continued learning, adjustment, and alignment. However, the nature and frequency of measurement depends on the type of work” (Bill und Melinda Gates Stiftung c). Vergleiche hierzu die eigene Evaluation Policy auf der Homepage der Stiftung (Bill und Melinda Gates Stiftung i).

<sup>58</sup> Die BMGF dazu: „Program teams are not expected to use evaluation to sum up the results of foundation strategies. This would not be the best use of scarce measurement and evaluation resources for two reasons: 1) the impact of our investments cannot easily be differentiated from that of our partners’ investments and efforts; and 2) foundation leaders are more interested in learning how our teams can make the best use of resources and partnerships and how to strengthen program execution” (Bill und Melinda Gates Stiftung i unter *Our Strategies and Evaluation*).

**Tabelle 5: Zentrale Charakteristika der Gates Stiftung**

	<b>Bill und Melinda Gates Stiftung</b>
<b>Prädominante Aktivität</b>	Spendenvergabe von der globalen bis zur nationalen Ebene
<b>Programmverantwortlichkeit</b>	Individuell (Gates Familie und die Programmverantwortlichen)
<b>Prädominanter Tätigkeitsansatz</b>	Vertikaler Top-Down Ansatz

Quelle: Ulbert/Hamm 2011: 197.

Die Spendenvergabe erfolgt von der globalen bis zur nationalen Ebene. Die Spendenvergabe ist dabei an einen strategischen Entwicklungsprozess gekoppelt, nach dem Spenden in spezifischen Bereichen aufgewendet werden, die von der Stiftung als großes Entwicklungsdefizit angesehen werden. Die Programmverantwortlichkeit unterliegt dabei der Gates Familie, Waren Buffet (die drei Trustees) und den jeweiligen Programmverantwortlichen. Als der zentrale Ansatzpunkt der BMGF hat die Analyse diesbezüglich den Bereich der medizinisch-technologischen Forschung identifiziert. Die Tätigkeit umfasst den Einsatz neuer Instrumente und die Bildung neuer institutioneller vertikaler Strukturen, wenn die traditionellen internationalen Organisationen aus der Sicht der Stiftung keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefern – zum Teil auch bewusst mit dem intendierten Nebeneffekt, bestehende Strukturen in ihrer Performanz beeinflussen zu wollen (Ulbert/ Hamm 2011: 198).

#### *Konfirmation der Hypothese*

Für die Produktion öffentlicher Güter ist nach Smith und Woodward ein „Global Public Goods Champion“ nötig, der die Produktion vorantreibt, relevante Akteure für die Kooperation zusammenbringt und für die Finanzierung Lobbyismus betreibt (Smith/Woodward 2003: 405). Die Darstellung der Charakteristika hat gezeigt, dass die BMGF das Potential besitzt innovativer und flexibler als traditionelle Entwicklungsakteure handeln zu können. Die Finanzausstattung und Charakteristika der BMGF lässt daher erwarten, dass die Stiftung das Potential besitzt, als „Global Public Goods Champion“ zu agieren und einen Beitrag in Bezug auf das *Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizit* in der medizinisch-technologischen Forschung zu leisten. Konkret sollte sich das in der Initiierung neuer Forschungsanliegen, der Herausbildung stabiler Finanzierungsmechanismen durch eine Ressourcenmobilisierung von privaten Unternehmen und anderen staatlichen Akteuren und einer Förderung und Anschubfinanzierungen von Partnerschaften ausdrücken.



## 2.4 Dimension der Leistungsfähigkeit - Effektivität

Im Kontext dieser Arbeit erfolgt die Messung der Leistungsfähigkeit anhand des Indikators der Effektivität. Im Folgenden soll das hier verwendete Konzept vorgestellt und die methodischen Probleme besprochen werden. Am Ende wird auf das Kriterium der Nachhaltigkeit näher eingegangen, welches im Schlusskapitel nochmals aufgegriffen wird.

### *Effektivität*

Grundsätzlich lässt sich die Effektivität über die Zielerreichung und die Problemlösung operationalisieren (Young 1999). Die Effektivität wird in dieser Arbeit über die Zielerreichung operationalisiert. Die Indikatoren für die Zielerreichung entnehme ich aus der Forschungsrichtung zur „Staatlichkeit in begrenzten Räumen“ (Beisheim/Fuhr 2008). In dieser Forschungsrichtung wird die Effektivität im Sinne der selbst gesteckten Zielsetzung verwendet (Beisheim/Fuhr 2008: 11). In der Forschung zur „Governance in Räumen begrenzter Staatlichkeit“ geht es um die Effektivität von Partnerschaften und deren Governance-Leistungen bei der zielangepassten Produktion wohlfahrtsstaatlicher Gemeinschaftsgüter und Dienstleistungen durch PPPs in Räumen, in denen staatliche Akteure dazu nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang in der Lage sind. Der Transfer auf den globalen Gesundheitsbereich erscheint angebracht, da Akteure hier ebenfalls nicht in einer staatsähnlichen Struktur mit hierarchischem Entscheidungsmodus agieren können.

Der Grund für die Wahl des Konzeptes von Beisheim und Fuhr liegt darin, dass die Forschung bisher wenig brauchbare Anhaltspunkte dafür liefert, wie Philanthropie in ihrer Effektivität zu messen ist. Zur Messung der sozialen Wirkung einer Investition (*social impact*), die als Grundlage für die eigene Evaluationen von philanthropischen Akteuren dient, wurden verschiedene Messmethoden in der Forschung bereits systematisch klassifiziert und ausgewertet (Clark et. al. 2004; Maas/Liket 2011): Viele Messmethoden zeigen nach wie vor Mängel in Bezug auf die Quantität der Messergebnisse, die Präzision und die Praktikabilität auf (Tuan 2008). Allerdings ist anzumerken, dass für die externe Bewertung der Philanthropie zunehmend Richtlinien geschaffen werden, die als Fokalfpunkte für eine Effektivitätsmessung dienen können: Ein Beispiel hierfür sind die von der OECD und Partnerinstitutionen aufgestellten Richtlinien für effektives philanthropisches Engagement – eine Sammlung von neun freiwilligen und nicht-verbindlichen Richtlinien, welche sich auf „weiche“ Instrumenten des Dialogs, des Daten- und Wissensaustauschs und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit konzentrieren (OECD 2014b).

Für die Arbeit modifiziere ich das Konzept von Beisheim und Fuhr: Ich operationalisiere die Effektivitätsmessung über die Zielerreichung und über die Beitragserbringung, entsprechend den Angaben der WHO und anderer staatlicher Akteure für die Tuberkuloseforschung. In einem zweiten Schritt gleiche ich das Engagement der BMGF mit den drei Zielen ab, welche die Stiftung selbst für ihren Forschungsbereich angibt (vgl. dazu Kapitel 3.2.1). Die Gründe für die Modifikation liegen in den Schwierigkeiten der Messung eines singulären Akteurs, der noch dazu einen wohlthätigen Akteur in einem komplexen Gebilde mit einer Myriade von Akteuren darstellt. Aus zwei Gründen erscheint die Modifikation sinnvoll:

Erstens sind für nicht-profitorientierte Akteure ihre eigenen Missionsziele allgemein handlungsleitend, das heißt entsprechende Sachziele richten sich an diesen Leitbildern aus. Das Problem dabei sind die oft vage formulierten Ziele (Stone/Cutcher-Gershenfeld 2002: 36). Im Falle der Gates Stiftung finden sich zum Teil auch wenig klare Zielvorgaben: Sowohl im HIV/AIDS Bereich als auch im Bereich der vernachlässigten Krankheiten wird das Ziel als Reduktion der Infektionen und Erhöhung der Lebenserwartung bzw. Lebensqualität angegeben. In dieselbe Kategorie fällt auch die Tuberkulose. Diese Ziele sind wenig konkret. Das wird dann zum Problem, wenn nach der Erreichung der eigenen Ziele gefragt wird. Zudem hängen die Zielformulierung und ihre Messung von der entsprechenden Ebene der Zielformulierung ab. Zur Verdeutlichung, auf welcher Ebene Ziele ansetzen, ist es sinnvoll die Dimensionen der Effektivität nach David Easton heranzuziehen: David Easton unterscheidet die drei Ebenen Output, Outcome und Impact (David Easton 1965). Konkrete und ambitionierte Ziele der Stiftung, wie beispielsweise die Ausrottung von Malaria, sind auf der Ebene des Impacts zu verorten, wohingegen das Ziel der Reduktion von Infektionen und negativer Folgen für HIV/AIDS auf der Outcome-Ebene bereits zu einem Großteil erreicht wäre (Beisheim/Liese/Ulbert 2008: 456). Zweitens ist es methodisch problematisch, die Tätigkeit eines singulären Akteurs in einer Kausalkette aufzuschlüsseln und den Beitrag zu quantifizieren und anschließend zu bewerten.

Aus den genannten Gründen erscheint die Modifikation des Konzeptes von Beisheim und Fuhr angemessen. Für die Bedarfsorientierung ziehe ich die Richtlinien der WHO zur Tuberkulose als Fokalkpunkt für die Analyse heran. Den Bedarf an Ressourcen ergänze ich weiter über den Bedarf, der von dem NIAID und dem Centers for Disease Control and Prevention angegebenen wird. Weiter sind messbare soziale Indikatoren notwendig, um Aussagen über den Grad und die Art und Weise des Einflusses treffen zu können. Daher soll für die Beurteilung der Effektivität auch offizielle Statistiken zur Tuberkulose in Bezug auf die Zahl betroffener Fälle und pharmazeutische Statistiken über Neuzulassungen herangezogen werden.

Die Annahme ist, dass eine Reduktion der Tuberkulose-Todeszahlen über den entsprechenden Zeitraum, indem die Stiftung ihr Engagement gezeigt hat, einen Hinweis auf einen möglichen substantiellen Beitrag der BMGF liefert. Das begründet keine Kausalität, aber liefert einen Hinweis ob die Richtung der Entwicklung zielgerichtet verläuft.

Dementsprechend sollen folgende Frage beantwortet werden: Inwiefern initiiert und finanziert die Stiftung zur Lösung des *Produktions- und Finanzierungsdefizits* neue und bestehende Forschungsanliegen bzw. ergänzt bereits bestehende staatliche Initiativen? Inwiefern gelingt es der Gates Stiftung Forschungsinitiativen und Forschungsprogramme zur Lösung des *Koordinationsdefizits* in ein globales Netzwerk zu integrieren?

### *Nachhaltigkeit*

Für die Diskussion im Schlusskapitel soll auch die Nachhaltigkeit von Stiftungen kritisch diskutiert werden. Dafür ist es zunächst notwendig, den Begriff zu definieren. In der Arbeit ist Nachhaltigkeit im Sinne einer finanziellen Nachhaltigkeit zur gesicherten Finanzierung der Forschungsprogramme definiert. Unter dem Konzept der Nachhaltigkeit ist im Kontext von Gesundheitsprogrammen folgendes zu verstehen:

„*The capacity of the program to continue its activities, and hence its impact, after the program or funding stream comes to an end*“ (Walford 2005: 45)

Im Sinne einer finanziellen Nachhaltigkeit ist deshalb zu fragen, ob und wie Stiftungen – hier die BMGF – staatliche und privatwirtschaftliche Akteure für eine vermehrte Ressourcenbereitstellung gewinnen und im Idealfall im Rahmen von Partnerschaften einbinden. Für die medizinisch-technologische Forschung kann angenommen werden, dass es dann nachhaltig ist, wenn der zur Finanzierung nötige Finanzstrom für Forschungspartnerschaften aufrechterhalten bleibt und im Idealfall sogar ansteigt.

Für die abschließende Bewertung gilt es zu berücksichtigen, dass das Engagement der Stiftung nicht a priori durch zu hohe Erwartungen als unzureichend disqualifiziert wird. Eine Stiftung ist nicht in der Lage eine Krankheit alleine auszurotten, sondern ist auf die Unterstützung von anderen Akteuren (und insbesondere auf deren Kapazität zum sinnvollen Umgang mit den zusätzlichen Ressourcen) angewiesen. Mit anderen Worten: Die Ressourcengabe von philanthropischen Stiftungen hängt letztlich auch immer von der Durchführungskapazität der Empfänger und deren Fähigkeit zur Gewährleistung eines adäquaten Einsatzes der Ressourcen ab (Keohane 1996: 12). Grundsätzlich ist jedes Engagement in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten als positiv zu betrachten. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, inwiefern die Tätigkeit sich in das strukturelle Gefüge einpasst. Weiter ist zu beachten, dass

es nur eingeschränkt möglich ist den Bedarf in der Forschung, besonders von Innovationen, valide zu quantifizieren. Es müssen zahlreiche Möglichkeiten für ein und dieselbe Problemlösung zunächst entwickelt und im Anschluss daran auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden: A priori ist es nicht möglich vorherzusagen, ob die risikobehaftete Förderung eines bestimmten Projektes den gewünschten Erfolg mit Blick auf die Wirksamkeit und vor allem die Akzeptanz in der Empfängergruppe mit sich bringen wird.

### **3. Fallstudie**

Durch die Anwendung des GPG-Konzeptes konnte der Bereich der medizinisch-technologischen Forschung als ein zentraler Ansatzpunkt für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten identifiziert werden. Das GPG-Konzept liefert seinen analytischen Mehrwert über die Identifikation der Ebenen, auf denen kollektives Handeln notwendig ist: Für die medizinisch-technologische Forschung konnte diesbezüglich die Entwicklungs-, Finanzierungs- und Koordinationsebene identifiziert werden. Das Konzept betont dabei die Kosten/Nutzen Relation für beteiligte Akteure. Die Anschlussfrage ist also, inwiefern die Gates Stiftung ihre komparativen Vorteile der Risikotoleranz und der Reaktionsbereitschaft nutzt, um mit ihren Tätigkeiten die Kosten/Nutzen-Relation positiv zu beeinflussen. Dazu wende ich in einem ersten Schritt die theoretischen Grundlagen auf die ausgewählte Infektionskrankheiten der Tuberkulose an, um den konkreten Regelungsbedarf auf den drei Ebenen der medizinisch-technologischen Forschung für die Tuberkulose zu identifizieren. Die Identifikation des konkreten Bedarfs auf der jeweiligen Ebene ist die Voraussetzung dafür, dass der Abgleich philanthropischer Ressourcengaben mit dem angegebenen Bedarf durchgeführt werden kann. In einem zweiten Schritt stelle ich die Ziele und Strategien der BMGF mit Blick auf ihre Aktivität in der Forschung und der Tuberkulose dar. In einem dritten Schritt analysiere ich die Tätigkeit der Stiftung auf jeder der drei Ebenen für die Infektionskrankheit und gleiche sie mit dem Bedarf ab. Dazu ist zu untersuchen, welche neuen Forschungsprojekte für Tuberkulose im Rahmen der Grand Challenges initiiert und welche Akteure im Rahmen der Spendenvergabe unterstützt werden. Weiterhin ist zu untersuchen, inwiefern die Stiftung Forschungspartnerschaften im Sinne einer Koordination finanziert. Zur abschließenden Bewertung ist zu differenzieren, wie ziel- und bedarfsgerichtet die BMGF mit Blick auf Innovation, Finanzierung und Koordination tätig ist.

### 3.1 Anwendung der Theorie: Regelungsbedürftigkeit in der Forschung zur Tuberkulose

Im Folgenden erfolgt die Anwendung des GPG-Konzeptes: Dazu analysiere ich erstens die Finanzierung der Forschung zu Infektionskrankheiten und zweitens die Regelungsbedürftigkeit in der Tuberkuloseforschung aus der GPG-Perspektive.

#### 3.1.1 Forschung und Infektionskrankheiten– ein vernachlässigter Bereich?

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und HIV/AIDS, ebenso wie die medizinisch-technologische Forschung zu Impfstoffen und Medikamenten gegen diese Infektionskrankheiten kann als ein globales öffentliches Gut angesehen werden.<sup>59</sup> In der Öffentlichkeit und auch in einigen wissenschaftlichen Werken wird das bereits angesprochene Marktversagen für die Forschung zu Infektionskrankheiten unter dem Begriff der 10/90 Governance-Gap diskutiert (Boosman/Mwinga 2000; Ramsay 2001; WHO 2004; Kilama 2009). Kritiker wie Boosman, Mwinga und Kilama weisen darauf hin, dass lediglich 10% aller Aufwendungen für die Gesundheitsforschung auf Krankheiten (unter anderem HIV/AIDS, TB, die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten entfallen), die allerdings 90% der weltweiten Gesundheitsbelastungen ausmachen (Boosman/Mwinga 2000; WHO 2004: 3). Dabei wird der Begriff der 10/90 Governance-Gap in unterschiedlichen Kontexten verwendet. So stellt das Global Forum for Health Research, ein internationales Komitee der WHO für Fragen der Gesundheitsforschung, im Jahr 2000 fest, dass Pneumonie, Durchfallerkrankungen, Tuberkulose und Malaria in ihrer Kombination für mehr als 20% der weltweiten Todesfälle aufkommen, aber lediglich 1% der Forschungsausgaben auf diese Gruppe entfällt:

*„Pneumonia, diarrheal diseases, tuberculosis and malaria, when combined, have been estimated to account for more than 20% of the disease burden in the world (mostly in developing countries), yet they receive less than 1% of the total public and private funds which are devoted to health research” (Delisle et. al. 2005: 3).*

Andere Autoren beziehen sich bei der Governance-Gap vor allem auf die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten (Leishmaniose, Lymphatische Filariose, Chagas Krankheit, Flussblindheit, Lepra und andere) und deren Nichtberücksichtigung durch pharmazeutische Unternehmen bei der Erforschung von Impf- und Arzneimitteln (WHO 2004: 3). Hier wird oft auf den Umstand verwiesen, dass lediglich 13 Medikamente (also 1%) der 1393 Medikamenten, die zwischen 1975 und 1999 zugelassen wurden, auf diese tropischen Krankheiten entfielen (Troullier 2002). Zur Klärung der Frage, ob all diese Krankheiten in der Forschung tatsäch-

---

<sup>59</sup> Zur Definition von GPG und der Problematik in der Bereitstellung öffentlicher Güter vgl. Kapitel 2.2.

lich vernachlässigt werden, ist aus der GPG-Perspektive zu untersuchen, inwiefern Mittel für deren Erforschung bereitgestellt werden.<sup>60</sup>

Eine Metaanalyse von Michael Head et. al. hat das britische Investment für die Forschung zu globalen Infektionskrankheiten von 1997 bis 2010 untersucht. Dazu haben sie 6170 Studien untersucht, welche ein Fördervolumen von 2,6 Mrd. britische Pfund aufwiesen. Sie haben zur Bewertung die Forschungsinvestitionen in Relation gesetzt zu den jeweiligen DALYs.<sup>61</sup> Die Autoren stellen zunächst fest, dass das Volumen der Forschungsgelder im Laufe der Jahre abgenommen hat: Waren es im Zeitraum von 1997-2004 noch 1,36 Mrd. Pfund, so stand von 2005-2010 lediglich 1,23 Mrd. Pfund für die Forschung zur Verfügung. Werden die drei großen Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose betrachtet, so stellen die Autoren folgendes fest: Die Forschung zu HIV/AIDS hat 460 Mio. Pfund (25,3%), Malaria 346 Mio. Pfund (19,0%) und Tuberkulose 149 Mio. Pfund (8,2%) an Forschungsgeldern erhalten. Die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten hat in diesem Zeitraum insgesamt 184 Mio. Pfund (7,1%) an Forschungsgeldern erhalten (Die Prozentwerte in den jeweiligen Klammern beziehen sich auf die Gesamtsumme von 2,6 Mrd. Pfund). Der Vergleich mit den Ausgaben für die anderen drei Krankheiten ist jedoch irreführend. Die Ausgaben für die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten müssen in Relation gesetzt werden zu den anderen Gruppen von Infektionskrankheiten: Gastrointestinale Infektionen erhielten 254 Mio. (9,7%), Hämatologische Infektionen 413 (15,9%) und HIV 460 Mio. Pfund (17,7% - hier gibt der Prozentwert den Wert im Gruppenvergleich an) (Head et. al. 2013: 57-58).

Es zeigen sich auch Verschiebungen in der Finanzierung bei den drei großen Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose und der Gruppe vernachlässigter Infektionskrankheiten, wenn die beiden Zeiträumen 1997-2004 und 2005-2010 betrachtet werden: HIV/AIDS sinkt von 25,6% (1997-2004) auf 24,9% (2005-2010); Malaria steigt von 17,4% auf 20,7%; Tuberkulose steigt ebenfalls von 8,2% auf 9,0%, während die Ausgaben für die Gruppe der vernachlässigten Infektionskrankheiten von 8,3% auf 5,8% deutlich absinkt (Head

---

<sup>60</sup> Dazu ziehe ich Überblicke über die Finanzierung der Forschung heran: Die Grand Challenges (vgl. Kapitel 3.2.2), relevante Forschungsliteratur (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b; Head et. al. 2013) und das G-Finder Projekt von Policy Cures, das seit 2008 von der BMGF unterstützt wird und globale Daten zur Forschungsfinanzierung von Infektionskrankheiten (31 Krankheiten und 134 Produkte, darunter Impfstoffe, Medikamente und Diagnosewerkzeuge) sammelt und aufbereitet (Policy Cures 2013a, 2013b, 2014).

<sup>61</sup> Die Kriterien für die Studiaauswahl umfassten die Beschäftigung mit Infektionskrankheiten und eine britische Untersuchungsstelle: „All infection-related studies with funding awarded in the period 1997–2010, studies where the lead institution was based in the UK, and infrastructure grants with a clear purpose for infectious disease research“ (Head et. al. 2013: 56). Das Vereinigte Königreich stellt, neben den USA und der Europäischen Kommission, den drittgrößten staatlichen Investor in Forschung und Entwicklung. Das Gesamtvolumen der Förderung in diesem Zeitraum entsprach 3,3 Mrd. Euro (Ursprünglicher Währungswert aus dem Jahr 2010; Umrechnungskurs in Euro vom 09.01.2015). Die Forschungsausgaben beziehen sich auf das britische Pfund Sterling – Eine weitere Umrechnung erfolgt nicht, da die Relation der Summen das Entscheidende ist (Head et. al. 2013: 56). Zum Konzept der DALY vgl. Fußnote 46 auf S. 39.

et. al. 2013: 57-58).<sup>62</sup> Werden diese Ausgaben in Bezug gesetzt zu den DALYs (2008 in %), ergibt sich folgendes Bild: Für HIV/AIDS steht einem DALY von 24,2% ein Forschungsaufwand von 17,7% entgegen; Malaria steht einem DALY von 16,6% ein Forschungsaufwand von 19% entgegen; für die Tuberkulose ergibt sich ein DALY von 14,8% zu einem Aufwand von 8,2%. Wird die Gruppe der vernachlässigten Infektionskrankheiten als Ganzes herangezogen, so ergibt sich sogar eine Überrepräsentation: Einem DALY von 5,6% stehen Ausgaben in Höhe von 7,1% gegenüber.<sup>63</sup> Bei anderen Gruppen ist dagegen eine drastische Unterrepräsentation auszumachen: Gastrointestinale Krankheiten umfassten bei einem DALY von 22,2% lediglich 9,7% der Gesamtausgaben von und Atemwegsinfekte, die einen DALY von 30,6% aufwiesen, erhielten 15,8% an Forschungsausgaben (Head et. al. 2013: 57-58).<sup>64</sup>

Für die Beantwortung der Frage, ob diese Krankheiten in der Forschung vernachlässigt werden, ergeben die Ergebnisse der Analyse eine differenzierte Antwort. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten ihrem Namen nicht gerecht wird: Die Analyse hat gezeigt, dass die Forschungsausgaben ähnlich hoch wie für die Tuberkulose sind und gemessen an ihrem DALY ausreichend für ihre Erforschung investiert wird.<sup>65</sup> Zudem befinden sich für drei Krankheiten (Dengue, Cytomegalovirus, Schistosomiasis) Impfstoffe in der klinischen Phase III (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b; WHO 2014k: 27).<sup>66</sup> Darüber hinaus existieren bereits zahlreiche Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten für viele dieser Krankheiten, so dass bei der letztendlichen Prävention besonders nicht-gesundheitsbezogene Faktoren wie Hygiene und Bildung mitberücksichtigt werden müssen (und damit letztlich eine horizontale Stärkung der Gesundheitssysteme in betroffenen Ländern) (WHO 2004: 4-5). Wird das globale Bild betrachtet, so erscheinen die Ergebnisse aus dem Vereinigten Königreich wiederum als nicht repräsentativ für die globale Ebene: Auf der globalen Ebene erhält die Gruppe der vernachlässigten Krankheiten kaum 0,5% der globalen

---

<sup>62</sup> Für die Malaria kann dieser Umstand durch die kostenintensive Forschung zu Artemisinin-resistenten Malariaerregern erklärt werden (Greenwood 2008). Artemisinin-Tabletten sind die Standardtherapie für Malaria.

<sup>63</sup> Anzumerken ist, dass sich innerhalb der Gruppe Beispiele sowohl für die Unter- als auch Überrepräsentation finden: Trachom mit einem DALY von 0,6% gegenüber 0,1% der Gesamtausgaben; Schistosomiasis: DALY 0,7% gegenüber 2,1% der Forschungsausgaben (Head et. al. 2013: 58).

<sup>64</sup> Bei den Atemwegserkrankungen ist die TB einbezogen.

<sup>65</sup> Eine Forschung, die sich rein an den DALYs orientiert, wird von den Autoren allerdings abgelehnt: „As we stress in our paper, disease burden should not be the sole determinant of prioritisation of the direction of infectious disease research investments“ (Head/Fitchett/Atun 2013: 653).

<sup>66</sup> Klinische Studien am Menschen verlaufen in vier Phasen (I-IV). In Phase I wird der Stoff zum ersten Mal an gesunden Menschen erprobt, um die Verträglichkeit und physiologischen Prozesse nachzuvollziehen. Phase II befasst sich mit der richtigen Dosierung und konkreten Wirkungserforschung. In der Phase III geht es um die Erprobung des Arzneimittels in einer größeren Patientengruppe (zum Teil bis zu mehreren tausend Patienten) sowie um die Anwendung über einen längeren Zeitraum. Phase IV befasst sich, nach der Zulassung, mit den Auswirkungen in Kombination mit anderen Medikamenten (GlaxoSmithKline 2012).

Forschungsausgaben (Policy Cures 2014: 14). Global betrachtet muss diese Gruppe daher weiter als unterrepräsentiert angesehen werden.

Zweitens zeigen die Ergebnisse, dass die Eingangsthese (10% aller Aufwendungen für die Gesundheitsforschung auf Krankheiten, die 90% der weltweiten Gesundheitsbelastungen ausmachen) durch diese Daten nicht zu bestätigen ist. Sowohl Pneumonie, Durchfallerkrankungen, Malaria und TB erhalten weit mehr als die ein Prozent der öffentlichen und privaten Forschungsausgaben. Jedoch ist diesbezüglich zu konstatieren, dass fast jede Krankheit bzw. jede Gruppe in absoluten Zahlen als unterfinanziert eingestuft werden kann, wenn der DALY-Wert mit den Forschungsausgaben für die neun verschiedenen Gruppen verglichen wird. Das trifft insbesondere für die großen Krankheitsgruppen der Gastrointestinalen Krankheiten und der Atemwegsinfekte zu. Insgesamt wäre daher mehr Forschung wünschenswert. Das führt zum entscheidenden folgenden Punkt.

Drittens zeigt die Abnahme der Forschungsgelder zwischen 2005 und 2010, dass der Forschungsbereich selbst im Begriff ist, als vernachlässigt eingestuft zu werden. Eine Erhebung von Policy Cures<sup>67</sup> zu den globalen Ausgaben zur Forschung und Entwicklung für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten zeigt in dieselbe Richtung (vgl. Abbildung 3 in Anhang 1). Seit dem Höhepunkt der globalen Forschungsausgaben mit 3,42 Mrd. US-Dollar im Jahr 2009 fielen die Ausgaben im Jahr 2011 auf 3,23 Mrd. US-Dollar, gefolgt von einem zwischenzeitlichen Anstieg auf 3,32 Mrd. US-Dollar im Jahr 2012 und einem erneuten Absinken auf 3,21 Mrd. US-Dollar im Jahr 2013 (Policy Cures 2014: 15). Das entspricht einem Rückgang um 6,2% (193 Mio. US-Dollar) im Vergleich zum Jahr 2009. Ein Hinweis, der gegen einen dauerhaften Rückgang in der Forschung sprechen könnte, ist, dass die staatlichen Ausgaben, trotz Finanzkrise, in dem Zeitraum konstant geblieben sind (Policy Cures 2013a).

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass noch immer ein großer Bedarf an zusätzlichen Ressourcen sowohl für die Erforschung von Behandlungen für Infektionskrankheiten selbst als auch deren Finanzierung besteht. Folglich ist in zwei weiteren Schritten zu fragen, worin genau der Regelungsbedarf in einem konkreten Forschungsfeld – hier der Tuberkulose – liegt und welchen Beitrag philanthropische Stiftungen in dem Forschungsbereich leisten.

### **3.1.2 Regelungsbedürftigkeit in der Tuberkuloseforschung**

Im Folgenden werden die drei aus Kapitel 2.2.2 identifizierten Ebenen (Produktion, Finanzierung, Koordination) auf die Impfstoff-, Arzneimittel-, und Diagnosemittelforschung sowie die operationale Forschung für die Tuberkulose angewendet. Dazu wird die Regelbedürftigkeit

---

<sup>67</sup> Eine unabhängige Forschungseinrichtung, die sich auf die Analyse zur Finanzierung des globalen Forschungsbereichs spezialisiert hat. Die Stiftung wird finanziell von der Bill und Melinda Gates Stiftung unterstützt.



auf jeder Ebene anhand der offiziellen Dokumente zur Tuberkulose analysiert. Um das Untersuchungsfeld aufzubereiten, erfolgt zunächst eine allgemeine Beschreibung der Tuberkulose und der internationalen Regulierung in diesem Bereich durch die WHO.

### *Allgemeine Strategien der WHO zur Tuberkulose*

Tuberkulose ist eine heilbare Krankheit.<sup>68</sup> Die zentralen Elemente der WHO in der Bekämpfung der TB sind in der „Stop TB“ Strategie aus dem Jahr 2006 und der „End TB“ Strategie aus dem Jahr 2014 dargelegt. Die „Stop TB“ Strategie aus dem Jahr 2006 umfasst sechs Maßnahmen (WHO 2006: 6):

- 1) Engage all care providers
- 2) Enable and promote research
- 3) Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement<sup>69</sup>
- 4) Address TB/HIV, MDR-TB and other challenges
- 5) Contribute to health system strengthening
- 6) Empower people with TB, and communities

Die sechs gelisteten Maßnahmen umfassen den Zugang zu TB-Gesundheitsleistungen für Tuberkuloseinfizierte (und für Patienten mit der HIV-Koinfektion), Patientenfürsorge, die Förderung von Forschung und die Verbreitung der standardisierten Behandlungsstrategie DOTS. Dadurch sollen die sozio-ökonomischen Belastungen der TB reduziert werden. Die konkreten Ziele der Strategie sind an den Millenniumszielen der Vereinten Nationen orientiert: Erstens die Reduktion der TB-Inzidenz bis 2015 (Millenniumsziel 6, Ziel 8); zweitens bis 2015 die Prävalenz und die Todesraten durch TB um 50% im Vergleich zum Referenzjahr 1990 senken und drittens TB als globales Public Health Problem bis 2050 eliminieren. In dem „Global Tuberculosis Report“ der WHO von 2014 werden die Ziele der „Stop TB“ Strategie neudefiniert. Im Mai 2014 hat die Generealversammlung der Vereinten Nationen die „End TB“ Strategie beschlossen. Die Ziele umfassen bis zum Jahr 2035 eine Reduktion der TB-Todesopfer um 95% und eine Reduktion der TB-Inzidenz um 90% im Vergleich zum Ausgangsjahr 2015 (WHO 2014: xii). Als einen zentralen Punkt im Kampf gegen TB in der „End-TB“ Strategie

---

<sup>68</sup> Eine aktive, nicht-resistente TB wird mit einer sechs monatigen Kur aus vierfach kombinierten Antibiotikapräparaten (Rifampicin, Isoniazid, Ethambutol und Pyrazinamid) durchgeführt. Diese Medikamente können zu starken Nebenwirkungen wie Polyneuropathie (Isoniazid) und Leberschäden (Pyrazinamid) führen (Robert Koch Institut 2013). Die Standardtherapie ist damit sehr komplex und vor allem langwierig (6-12 Monate). In der Forschung wird daher auch an Verhaltensstudien gearbeitet, um die Compliance der Patienten zu erhöhen.

<sup>69</sup> DOST (directly observed treatment short-course) ist der Name der WHO Behandlungsstrategie, die zu Beginn der 1980er Jahre von der WHO eingeführt wurde. Sie umfasst fünf Komponenten: Die Beteiligung von Regierungen zur Überwachung, TB-Detektion über Mikroskopie, Standardisierte Behandlungsregime, die gesicherte Zufuhr von Medikamenten für TB und ein standardisiertes Reportsystem.

nennt die WHO den Bereich der TB-Forschung – in der neuen Strategie ist „Intensified Research and Innovation“ eine der drei Säulen der Strategie. Die WHO listet sechs Prioritäten für die Forschung in der TB (WHO 2011: ix-x):

- 1) Verbesserung des Zugangs, des Screenings und der Diagnose von TB
- 2) Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren
- 3) Prävention und Behandlung von Personen, die mit TB und HIV infiziert sind
- 4) Behandlung von resistenten TB-Erregern
- 5) Kapazitätsaufbau für operationale Forschung
- 6) Entwicklung eines wirksamen Impfstoffs

Anhand der Dokumente „Priorities in Research to Improve Tuberculosis Care and Control“ (WHO 2011), dem „Global Tuberculosis Report 2014“ (WHO 2014h), dem „Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan“ (WHO 2014g), der NIAID „Research Agenda for Multidrug-Resistant and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis“ (NIAID 2007) sowie dem „Plan to Combat Extensively Drug-Resistant Tuberculosis“ des Centers for Disease Control and Prevention soll im Folgenden der Bedarf für die drei Ebenen der Produktion, Finanzierung und Koordination ermittelt werden.

### *Produktionsdefizit*

Auf der Produktionsebene lässt sich der Bedarf an insgesamt vier Faktoren festmachen: Es fehlt an neuen Medikamenten gegen resistente Erreger, an neuen diagnostischen Verfahren zur Entdeckung einer TB-Infektion sowie an einem wirksamen Tuberkulose-Impfstoff. Als vierter Faktor stellt die Länge klinischer Verfahren ein weiteres Problem dar (NIAID 2007; WHO 2014h).<sup>70</sup>

Resistenzen der Erreger gegenüber Antituberkulotika spielen eine wichtige Rolle in der Tuberkulose-Kontrolle, denn medikamentenresistente Tuberkulosen (MDR-TB) sind schwerer behandelbar und bleiben, insbesondere wenn sie nicht korrekt therapiert werden, oftmals länger infektiös. Besonders bedeutsam ist dabei die multiresistente Tuberkulose, bei der mindestens eine gleichzeitige Resistenz gegenüber den beiden wichtigsten Erstrangmedikamenten Isoniazid und Rifampizin vorliegt (Robert Koch Institut 2013). Die Medikamentenresistenz stellt bei der TB ein zunehmendes Problem dar: 2004 wurden 424.000 Fälle von MDR-TB gemeldet. Im Jahr 2008 berichtete die WHO bereits von 440.000 MDR-TB Fällen, was in

---

<sup>70</sup> Ein weiteres Problem ist die lange Dauer von klinischen Testverfahren. Da dieser Bereich aber in die operationale Forschung fällt, die hier nicht weiter betrachtet wird, wird dieser Umstand nicht weiter analysiert.

etwa 5% der neun Mio. Tuberkuloseerkrankungen in diesem Jahr entsprach. Für Europa zeigt sich der Anstieg besonders drastisch: Von etwa 4400 gemeldeten MDR-TB Fällen im Jahr 2005, stieg die Zahl auf etwa 40.000 im Jahr 2013 an (Vgl. Abbildung 3 im Anhang 1).<sup>71</sup> Es wird geschätzt, dass wiederum 5% dieser MDR-Fälle bereits eine XDR-TB<sup>72</sup> haben, also etwa 25.000. In einigen Regionen der Welt konnten schon bis zu 20% XDR-TB beobachtet werden, wobei über 58 Länder bis Anfang 2010 wenigstens einen Fall von XDR-TB gemeldet haben (Zignol et. al. 2006; Hauer/Castell/Loddenkemper 2011).<sup>73</sup> Im Rahmen einer Untersuchung zu XDR-TB zwischen 2003 und 2006 sind Forscher in Italien auf zwei TB-Fälle gestoßen, in denen die Erreger gegen jedes verfügbare Antituberkulotika resistent waren (WHO 2007). Der Bedarf in der Medikamentenentwicklung wird dementsprechend mit den folgenden fünf Punkten angegeben (Centers for Disease Control and Prevention 2009: 6):

- Neuentwicklung wirksamer Erstlinien-Antituberkulotika
- Pharmakologischen Untersuchung über die Kombinationswirkung der Erstlinien- und Zweitlinienmedikamenten, um das Potential, das den Mittel zugeschrieben wird, vollständig zu entfalten
- Epidemiologischen Untersuchungen über den Effekt von MDR/XDR-TB in unterschiedlichen Regionen der Welt
- Biologische Untersuchungen über die Effekte des Wirtes auf die Herausbildung von Resistenzen in der TB
- Die Länge klinischer Verfahren ist zu lange, da jedes Medikament zunächst einzeln zugelassen werden muss, bevor die Kombinationswirkung getestet werden kann. Für eine schnelle Entwicklung bedarf es der Informationsteilung unter beteiligten Akteuren (das gilt ebenso für die Impfstoffforschung)

Neben der Entwicklung von Arzneimitteln sind auch neue diagnostische Verfahren zur effizienten Entdeckung einer TB-Infektion notwendig. Das bisherige diagnostische Verfahren<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Ein Einfluss verbesserter Diagnosetechniken auf den Anstieg ist hier nicht auszuschließen. Es wird angenommen, dass in lediglich etwa 20% der Fälle resistente Erreger überhaupt entdeckt werden, was sowohl auf die Messinstrumente (Messgenauigkeit) selbst, als auch auf die Verfügbarkeit von Laboren, dem Personal und der Infrastruktur der Region für den Transport der Proben zurückzuführen ist (Centers for Disease Control and Prevention 2009: 5; Robert Koch Institut 2013).

<sup>72</sup> XDR-TB-Erreger sind auch gegen eins der drei Zweitlinienmedikamente Amikacin, Kanamycin, oder Capreomycin resistent.

<sup>73</sup> Die allgemeine MDR-TB Rate in Deutschland beträgt etwa 1,7% (Robert Koch Institut 2013).

<sup>74</sup> Ein einfaches Testverfahren ist der Tuberkulin-Hauttest. Dabei wird eine definierte Menge gereinigter und filtrierter Antigene aus Mykobakterien (Tuberkulin) in die Oberhaut gespritzt. Tuberkulin-Tests sind allerdings nur eingeschränkt verlässlich, da sie unter anderem bei schweren Verläufen negativ bleiben können. Für die Labordiagnose wird der kulturelle Nachweis der Erreger im Auswurf (Sputum) untersucht. Durch den kulturellen Nachweis ist, anders als beim Tuberkulin-Test, die Möglichkeit gegeben Resistenztestungen durchführen zu können. Der Sputum-Test ist zuverlässig, allerdings unterliegt auch dieser Test Limitierungen: Es werden in der

ist mit zahlreichen Problemen behaftet: Die Tests für TB, insbesondere für MDR/XDR-TB, sind langsam, wenig sensitiv, nicht vor Ort nutzbar und weisen eine geringe Reliabilität, was sich in eine verzögerte Diagnose und Behandlung übersetzt (Centers for Disease Control and Prevention 2009: 6). Seit 2007 hat die WHO deshalb die Einführung zehn neuer Diagnosewerkzeuge unterstützt. Im Jahr 2010 hat die WHO die NAAT Technologie (Nucleic acid amplification technology) für eine schnelle Entdeckung der herkömmlichen und resistenten TB-Erreger im Xpert MTB/RIF System<sup>75</sup> eingeführt. Für die Diagnosemittelforschung bedarf es jedoch noch der Entwicklung von neuen diagnostischen Algorithmen, welche die Prävalenz von HIV und MDR-TB und XDR-TB mit einbeziehen: Dazu ist vor allem die Erforschung von Biomarkern notwendig, die zuverlässig eine Infektion mit TB, eine mögliche Resistenz der TB-Erreger und Signalwege, die einen Zeitpunkt für den Umschlag von einer latenten auf eine aktive TB erlauben, anzeigen (WHO 2011: 14-16). Ein weiteres Problem des Xpert Systems ist der Umstand, dass es bisher wenig Evidenz über die Wirksamkeit unter spezifischen Bedingungen vor Ort gibt. Es sind operationale Studien notwendig, welche den Einfluss neuer Diagnosewerkzeuge evaluieren. Zudem stellen der Zugang zu Diagnosemethoden und in diesem Zusammenhang die Diagnose der Ko-Epidemie von HIV/AIDS und TB ein Problem dar (WHO 2014g: 28).

Von zentraler Bedeutung für die Prävention und die Kontrolle der TB ist weiter die Entwicklung eines neuen und wirksamen Impfstoffes notwendig. Zwar ist bereits eine Impfung (BCG-Impfung) vorhanden, diese wird aber wegen unzureichender Wirksamkeit, gerade in tropischen Regionen, in Deutschland seit 1998 nicht mehr empfohlen und ist auch nicht mehr verfügbar (WHO 2011: 17).

### *Finanzierungsdefizit*

Die WHO schätzt den Bedarf für die globale Tuberkulosebekämpfung auf acht Mrd. US-Dollar pro Jahr: Zwei Drittel sind dabei für die Entdeckung und Behandlung der TB notwendig, weitere 20% für die Behandlung von MDR-TB, 10% für eine schnelle diagnostische Testung vor Ort und die damit assoziierten Labortests sowie 5% für die Personen mit der Koinfektion von HIV/TB. Darin ist nicht der Bedarf für die Forschung und Entwicklung neuer Diagnosewerkzeuge, Medikamente und eines Impfstoffes enthalten. Den Bedarf dafür veranschlagt die WHO bei zusätzlichen zwei Mrd. US-Dollar pro Jahr (WHO 2014h: xii).

---

Regel mehrere Sputum-Proben benötigt. Zudem gelingt er nur bei einer offenen Tuberkulose, bei der Auswurf produziert werden kann. Bei Kindern besteht das Problem, dass sie häufig nicht genug Sputum produzieren können. Ein weiteres Problem besteht darin, dass vier bis sechs Wochen vergehen ehe die Ergebnisse der Analyse vorliegen (Robert Koch Institut 2013).

<sup>75</sup> Das System testet auf eine Rifampizin-Resistenz.

### *Koordinationsdefizit*

Die Dokumente der WHO und der NIAID geben lediglich das Ziel vor, die „Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren“ zu fördern (WHO 2014h: 119). Speziell für den Bereich der Forschung konnten aus den hier verwendeten offiziellen Dokumenten keine konkreten Ziele, die auf eine verbesserte Forschungszusammenarbeit abzielen, entnommen werden.

Die WHO schätzt, dass momentan etwa 50 private Unternehmen an der TB-Forschung beteiligt sind. Ebenso finden sich zahlreiche Partnerschaften und Forschungsinitiativen: So hat die „Stop TB“ Partnerschaft und die WHO gemeinsam das „The TB Research Movement“ gegründet. Die Initiative stellt ein Forum für die Koordination der Prioritäten und Tätigkeiten in der TB-Forschung dar. Weitere Forschungsinitiativen und globale Partnerschaften in dem Bereich der Tuberkuloseforschung sind die „Critical Path to TB Drug Regimens“ Initiative (gegründet vom Critical Path Institute), die CDC „Division of Tuberculosis Elimination“, die Eli Lilly and Company mit der Lilly „Not-For-Profit Partnership for TB Early Phase Drug Discovery“, die „Global Alliance for TB Drug Development“ (TB Alliance), das „Global Tuberculosis Research Network“, die „Tuberculosis Vaccine Initiative“ und die „Stop TB“ Partnerschaft. Im Sinne eines effektiven Beitrags zur Schließung des Koordinationsdefizits ist folglich zu analysieren, inwiefern die BMGF im Rahmen der genannten Partnerschaften und Akteuren diesen Spenden zukommen lässt oder selbst Forschungsnetzwerke aufbaut (WHO 2014h).

## **3.2 Bill und Melinda Gates Stiftung und der Forschungsbereich**

Es bedarf formulierter Ziele und Strategien für die Bekämpfung einer Infektionskrankheit. Im Folgenden stelle ich die Ziele und Strategien im Forschungsbereich und dem Tuberkulosebereich der BMGF dar. Im Kontext der Analyse ist von Interesse, inwieweit die Strategien für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten so umgesetzt werden, dass der angegebene Bedarf erfüllt und die eigenen Ziele erreicht werden.

### **3.2.1 Der Forschungskern: Impfstoff-, Arzneimittel- und Diagnosemittelforschung**

Zunächst ist zu fragen, welches Ziel die BMGF mit ihrem Forschungsprogramm überhaupt verfolgt. Das Ziel der Gates Stiftung für das Engagement in der Forschung lautet folgendermaßen:

*Wir wollen, dass wissenschaftliche Forschung in den Bereichen stattfindet, in denen sie wirkliche Veränderungen auslösen kann. Forschungsergebnisse müssen*

*schneller verwertbar gemacht und Lösungen entwickelt werden, die die gesundheitlichen Bedingungen von Menschen verbessern und Leben retten können (Bill und Melinda Gates Stiftung f).*

Weiter schreibt die Gates Stiftung dazu:

*In enger Zusammenarbeit mit anderen globalen Stiftungsbereichen versuchen wir Mittel für die wissenschaftliche Forschung bereitzustellen, um praktischere Anwendungen vorhandener Lösungen und vollständig neue Lösungen zu entwickeln, wo bislang keine bestanden (Bill und Melinda Gates Stiftung f).*

Die Stiftung sieht in der wissenschaftlichen Forschung in Form von bahnbrechenden Innovationen und zukunftsweisenden Ideen einen zentralen Schlüssel für die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Dazu verfolgt die Stiftung, wie bereits dargestellt, eine dreiteilige Strategie (Bill und Melinda Gates Stiftung f unter *Chancen* und *Unsere Strategie*):

- Defizite im wissenschaftlichen Wissen entdecken und Förderung zukunftsweisender Ideen (*Ziel Nr. 1*)
- Lösungen entwickeln, die nachhaltig bereitgestellt werden können (*Ziel Nr. 2*)
- Förderung für ein globales Netzwerk von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften (*Ziel Nr. 3*)

Die BMGF hat dazu vier Schwerpunktbereiche in ihrem globalen Forschungsprogramm: Impfstoffforschung, Arzneimittelforschung, die Bekämpfung von Stechmücken als Überträger von Krankheitserregern und die Gesundheit von Müttern und Kindern (Bill und Melinda Gates Stiftung f unter *Schwerpunktbereiche*). In der Tuberkuloseforschung kommt die Diagnosesmittelforschung und die operationale Forschung hinzu. Für die vorliegende Analyse zur Performanz in der Forschung sind die Impfstoff-, Arzneimittel- und Diagnosesmittelforschung sowie die operationale Forschung von Interesse.

Konkret konzentriert sich die Stiftung im Bereich der Impfstoffforschung auf die „Entwicklung von Impfstofftechnologien und eine schnellere Generierung von Impfstoffkandidaten. Das umfasst eine verbesserte Qualität bestehender Produkte, eine umfassendere Vielfalt an präklinischen Impfstoffkandidaten sowie die Unterstützung von Forschungsarbeiten, die den Einfluss von Gesundheitsfaktoren wie Mangelernährung und Koinfektionen auf die Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten und die Wirksamkeit von Medikamenten hat“ (Bill und Melinda Gates Stiftung f unter *Impfstoffforschung*). In der Arzneimittelforschung konzentriert sich die Stiftung auf die Entwicklung neuer Medikamente gegen resistente Erreger, unter anderem auch der Tuberkulose (Bill und Melinda Gates Stiftung f unter *Arzneimittelforschung*). Im Bereich der Tuberkulose unterstützt die Stiftung die Entwicklung neuer Diagnosetools, die flexibel vor Ort und Stelle eingesetzt werden können, so dass der Trans-

portweg zum in der Regel weit entfernten Labor wegfallen soll (*Diagnosemittelforschung*). Für die Verbreitung von Innovationen in der TB-Kontrolle führt die Stiftung auf Pilot- und Evaluationsstudien in Indien, China und Südafrika durch (Bill und Melinda Gates Stiftung *h* unter *Fokusbereiche*).

### 3.2.2 Umsetzung der Forschung: Gates Grand Challenges

Die „Grand Challenges in Global Health“ (GCGH) ist eine Forschungsinitiative, die 2003 durch eine 200 Mio. US-Dollar Spende der Gates Stiftung in Kooperation mit dem US-amerikanischen „National Institutes of Health“ gegründet wurde. Das Ziel besteht darin, „to fund research that promises to greatly advance work against diseases that disproportionately affect people in the developing world“ (Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014a unter *History*).<sup>76</sup> Der Fokus liegt auf einfach zu bedienenden, kostengünstigen und effektiven Entwicklungen für die weniger entwickelten Regionen der Welt. Die ersten Studien wurden im Jahr 2005 gefördert und im selben Jahr spendete die BMGF weitere 250 Mio. US-Dollar für die Initiative.

Im Jahr 2008 hat die BMGF das Konzept der „Grand Challenges Explorations“ (GCE) eingeführt: Dieses Konzept umfasst 100 Mio. US-Dollar für die Projektförderung und ein verkürztes Bewerbungsverfahren, welches jeder Person mit einer innovativen Idee offen steht. Die GCE zielt darauf ab, diese Ideen schnellstmöglich umzusetzen. Die Stiftung formuliert vorab die Ziele, welche aus ihrer Sicht erreicht werden sollen. Bewerber durchlaufen dann einen zweistufigen Förderprozess (Phase I und Phase II). Ausgewählte Projekte werden durch eine Initialförderung in Höhe von 100.000 US-Dollar gefördert (Phase I) und bei erfolgreichen Projektfortschritten sind Fördersummen in Höhe von einer Mio. US-Dollar möglich (Phase II).<sup>77</sup> Im Rahmen des stiftungseigenen „Global Access“ Konzeptes sollen die Forscher, nach einer erfolgreichen Phase II, Strategien entwickeln, wie die Entdeckungen in denjenigen Ländern, in denen sie am meisten benötigt werden, transferiert werden können. Gefördert werden dabei nicht nur Infektionskrankheiten, sondern auch die Themenbereiche „Familiäre Gesundheit“, „Agrikultur“, „Cross-Cutting“, „Kommunikation/Big Data“ und „Sanitäres“ (Bill und Melinda Gates Stiftung 2013).

---

<sup>76</sup> Für die Auswahl der Ziele wurde im Mai 2003 die Möglichkeit eröffnet, dass Forscher eigene Vorschläge einbringen, was ihrer Meinung nach einen großen Einfluss auf die globale Gesundheitslandschaft haben könnte. Das „scientific board“ (ein Gremium von 22 Personen aus 11 verschiedenen Ländern) war für die letztliche Auswahl der Grand Challenges verantwortlich (Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014a unter *History*; Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014a unter *Scientific Board*).

<sup>77</sup> Zwei Förderphasen werden pro Jahr gewährt. Für die Phase I werden etwa 100 Projekte (das entspricht 3% der etwa 3000 Bewerbungen pro Förderrunde) ausgewählt. 10% der Bewerber werden nach einer 24-monatigen Phase I für die zweite Förderrunde ausgewählt.

Die „Grand Challenges in Global Health“ und „Grand Challenges Explorations“ stellen die beiden extraorganisationalen Spendenkanäle der Stiftung dar – der dritte Vergabekanal ist die Spendenvergabe durch die BMGF selbst. Während die GCGH das Kernstück der Stiftung darstellen und entsprechend die großen Fördergelder erhalten, stellt die GCE die Initialförderung für kleinere Projekte, welche die großen Studien aus den GCGH komplementieren sollen. Im Rahmen der „Grand Challenges“ arbeitet die Stiftung mit den beiden Partnerinstitutionen „Grand Challenges Canada“ und der US Agency for International Development (USAID) unter dem Dach der „Grand Challenges“ zusammen, um gemeinsam Forschungsanliegen zu fördern.<sup>78</sup> Im Fokus der Arbeit sollen allerdings nur die beiden Initiativen der BMGF selbst stehen. In ihrem „Grand Challenges in Global Health“ Bereich wurden bisher 91 Anträge bewilligt, während in den „Grand Challenges Explorations“ 1044 Anträge eine Förderung erhalten haben. Zu den bewilligten Anträgen gehören unter anderem hitzestabile Impfstoffe, Nadel-freie Impfstofftransportsysteme und Technologien, durch die der Nährstoffgehalt von Nutzpflanzen angepasst wird. Das Konzept der Grand Challenges ist angelehnt an die Liste von 23 mathematischen Problemen von David Hilbert, die er zur letzten Jahrhundertwende in Paris vorgestellt hatte. Das von der Gates Stiftung ins Leben gerufene Programm umfasst dabei 16 Probleme (14 aus dem Jahr 2003 und zwei aus dem Jahr 2011) aus verschiedenen Disziplinen, darunter der Immunologie, Mikrobiologie, Molekularbiologie und Agrarwissenschaft. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die 16 Herausforderungen:

**Tabelle 6: Die Grand Challenges in der Übersicht**

Grand Challenge	Überblick	TB-Relevant	Konkrete Herausforderung
<i>Grand Challenges #1 - Grand Challenges #3</i>	Verbesserung von Impfstoffen für Kinder (bspw. Nadellose Impfsysteme)		
<i>Grand Challenges #4 – Grand Challenges #6</i>	Schlüsselemente in der Impfstoffforschung	<b>Grand Challenges #6</b>	Learn Which Immunological Responses Provide Protective Immunity
<i>Grand Challenges #7 – Grand Challenges #8</i>	Krankheitsübertragende Insekten		
<i>Grand Challenges #9</i>	Entwicklung eines umfassend nährstoffreichen Saatguts		

<sup>78</sup> Die BMGF beschreibt das folgendermaßen: „We do all of our work in collaboration with grantees and other partners, who join with us in taking risks, pushing for new solutions, and harnessing the transformative power of science and technology“ (Bill und Melinda Gates Stiftung c).



<i>Grand Challenges #10</i>	Entwicklung von Medikamenten und Systemen, die eine Resistenz von Erregern verringern	<b><i>Grand Challenges #10</i></b>	Discover Drugs and Delivery Systems that Minimize the Likelihood of Drug Resistant Micro-organisms
<i>Grand Challenges #11-Grand Challenges #12</i>	Entwicklung neuer Wege Infektionen zu heilen	<b><i>Grand Challenges #11</i></b>  <b><i>Grand Challenges #12</i></b>	- Create Therapies that Can Cure Latent Infection - Create Immunological Methods that can Cure Chronic Infections
<i>Grand Challenges #13 - Grand Challenges #14</i>	Diagnostik des Gesundheitsstatus		
<i>Grand Challenges #15</i>	Entwicklung von Biomarkern	<b><i>Grand Challenges #15</i></b>	To discover and validate biomarkers for use in simple, low-cost tests appropriate for achieving definitive point-of-care assessment
<i>Grand Challenges #16</i>	Gesundheit von Mutter und Kind		

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a unter *The Grand Challenges Overview* – Hervorhebungen durch den Autor)

Die fünf markierten Herausforderungen (Nr. 6, Nr. 10-12, 15) stellen nach den Angaben der Stiftung die für die Tuberkulose relevanten Herausforderungen dar. Seit 2005 haben beide Initiativen insgesamt 1135 Anträge bewilligt. Dabei ist in der Verteilung ein klarer regionaler Fokus auszumachen: 70 der 91 Anträge im Bereich der „Grand Challenges in Global Health“ gingen nach Nordamerika, davon 62 in die USA und acht nach Kanada. Insgesamt wurden die Fördergelder an Forscher aus 12 Länder vergeben. Für die GCE ergibt sich das gleiche Bild: 648 der 1044 Anträge sind in Nordamerika (621 bewilligte Anträge für die USA und 27 für Kanada) konzentriert. Mit deutlichem Abstand dahinter folgt Europa (186), Asien (101), Afrika (61), Ozeanien (57) und Südamerika (25). Insgesamt wurden Gelder an Forscher aus 58 Länder vergeben (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a unter *Grants map*).

### 3.2.3 Ziel und Strategie für die Tuberkulose

Für die Tuberkulosebekämpfung definiert die Gates Stiftung das Ziel folgendermaßen:

*Wir wollen die Anzahl der TB-Fälle weltweit senken“ (Bill und Melinda Gates Stiftung)*

Das Ziel ist sehr allgemein gehalten und wenig konkret. Die Betrachtung der Strategie offenbart dagegen konkrete Maßnahmen, wie die BMGF das Ziel erreichen will.

Die Strategie für das Ziel setzt an der Vielzahl der zur TB gehörenden Faktoren an:

*„Ein neuer Impfstoff wäre die wirksamste Lösung, um die Anzahl der TB-Fälle zu senken. **Daher liegt unser Schwerpunkt auf der Entwicklung neuer Impfstoffe und innovativer Möglichkeiten, Impfstoffe schneller bereitzustellen.** Außerdem konzentrieren wir uns auf die **Entwicklung kürzerer und einfacherer Behandlungsmethoden [...]** Ein weiterer Fokusbereich ist die **Entwicklung schnellerer und präziserer Diagnosetests, die zu einem früheren Behandlungsbeginn und zu einer geringeren Übertragungsrate der Krankheit führen würden.** Wir setzen uns auch für eine **adäquate Finanzierung für den Kampf gegen TB ein.**“ (Bill und Melinda Gates Stiftung h unter *Unsere Strategie – Hervorhebung durch den Autor*)*

Das äußert sich in sechs Maßnahmen (Bill und Melinda Gates Stiftung h unter *Fokusbereiche*):

- Die Entwicklung verbesserter Impfstoffe
- Medikamentöse Behandlung
- Neue Diagnosewerkzeuge
- Zugangsschaffung durch Kooperation mit globalen Partnern wie dem GFATM
- Unterstützung neuer Partnerschaften zur Finanzierung der Forschung von TB
- Verbreitung von Innovationen in der Tuberkulosekontrolle

Die Stiftung plant bis zum Jahr 2016 einen neuen Impfstoffkandidaten in der klinischen Studie III-Phasen sowie weitere Impfstoffkandidaten präsentieren zu können. Darüber hinaus gibt die Stiftung an, sich auch an der Entwicklung von Biomarkern, die eine Wirksamkeit von TB-Impfstoffkandidaten vorhersagen können, zu beteiligen (Bill und Melinda Gates Stiftung h unter *Fokusbereiche*). Für die effektivere Testung von TB-Medikamentenkandidaten unterstützt die Stiftung nach eigenen die „Critical Path to TB Drug Regimens (CPTR)“ Initiative<sup>79</sup>, die sich zum Ziel gesetzt hat, potentielle TB-Medikamentenkandidaten in ihrer Kombination zu testen und neue Zulassungsverfahren zu entwickeln. Weiter unterstützt die Stiftung das „TB Drug Accelerator-Programm“<sup>80</sup>, mit dem nach neuen Möglichkeiten zur Bekämpfung von Bakterien gesucht wird, die gegen die aktuellen Medikamente resistent sind.

---

<sup>79</sup> Die Initiative ist eine Produktentwicklungspartnerschaft (*Product Development Partnership*) und Teil der Tuberkuloseallianz (TB Alliance). Die Initiative wurde im Jahr 2002 gegründet und umfasst internationale Pharmaunternehmen (u.a. Pfizer, GlaxoSmithKline), Experten des Gesundheitswesens, Nichtregierungsorganisationen wie die BMGF und den Global Health Innovative Technology Fund sowie Aufsichtsbehörden aus mehreren Ländern (unter anderem UK AID, UNITAID, FDA, Europäische Kommission, Irish AID, Australien AID, USAID).

<sup>80</sup> Das Programm ist Teil der Tuberkuloseallianz und wurde im August 2012 von AbbVie, AstraZeneca, Bayer, Eli Lilly, Eisai, GlaxoSmithKline, MSD Sharp & Dome, Sanofi, vier Forschungseinrichtungen und der Bill und Melinda Gates Stiftung gegründet.

Um die Kosten der Entwicklung innovativer Technologien zu senken und stabile Preise zu garantieren, arbeitet die Stiftung mit globalen Partnerakteuren zusammen: Hier ist vor allem der „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“, die „Aeras Global TB Vaccine Foundation“, die „Global Alliance for TB Drug Development“, die „Foundation for Innovative New Diagnostics“ sowie die WHO und UNITAID zu nennen. Um das finanzielle Engagement zu sichern, gibt die Stiftung an, Partnerschaften mit Geberländern, weiteren multinationalen Institutionen, der Pharmaindustrie und der Biotechnik sowie mit den Regierungen der TB-endemischen Länder anzustreben und einzugehen.<sup>81</sup>

### **3.3 Engagement der Gates Stiftung in der medizinisch-technologischen Forschung zur Tuberkulose**

Im Hinblick auf die Forschungsfrage ist von Interesse, inwieweit die BMGF einen Beitrag auf den drei Ebenen der Tuberkuloseforschung leistet und inwieweit das dem Bedarf entspricht, der von den staatlichen Akteuren angegeben wird. Das bedeutet zu untersuchen, inwiefern die BMGF mit Blick auf die Kosten/Nutzen Relation, welches durch das GPG-Konzept betont wird, eigenständig Forschungsinitiativen anregt, für Finanzierungsmechanismen sorgt und die Koordination und Einbettung von den von ihr unterstützten Partnerschaften in das internationale Forschungskonglomerat verläuft. Im Kern der Analyse steht, inwiefern die BMGF das kollektive Handlungsproblem durch einen substantiellen Beitrag zur Kosten/Nutzen Relation positiv beeinflussen kann. Dazu ist konkret zu untersuchen, welche Projekte sie im Rahmen ihrer Grand Challenges fördern und welche weiteren Institutionen und Initiativen sie mit Spendengeldern unterstützen. Dazu analysiere ich die Stiftungstätigkeiten auf der Produktionsebene (= *Produktionsdefizit*), der Finanzierungsebene (= *Finanzierungsdefizit*) und der Koordinationsebene (= *Koordinationsdefizit*). Im Anschluss daran erfolgt die Diskussion der Ergebnisse mit Blick auf den zusammenfassenden Abgleich zwischen dem Stiftungsengagement, dem Bedarf und den Zielen der Stiftung.

#### **3.3.1 Produktionsdefizit**

In Bezug auf die hier untersuchte Impfstoff-, Arzneimittel- und Diagnosewerkzeugforschung sowie der operationalen Forschung wurde der Bedarf auf der Produktionsebene an drei Faktoren festgemacht: Es fehlt an neuen Medikamenten gegen resistente Erreger, an neuen diagnos-

---

<sup>81</sup> Die Analyse von David McCoy zur Spendenvergabe der BMGF zwischen 1998 und 2007 hat ergeben, dass vor allem die Partnerschaften den Großteil der finanziellen Gaben erhalten haben: Der GFATM hat insgesamt 600 Mio. US-Dollar erhalten, die „Aeras Global TB Vaccine Foundation“ 283,5 Mio. US-Dollar, die „Global Alliance for TB Drug Development“ 104 Mio. US-Dollar und die „Foundation for Innovative New Diagnostics“ 62,6 Mio. US-Dollar (McCoy 2009: 1648).

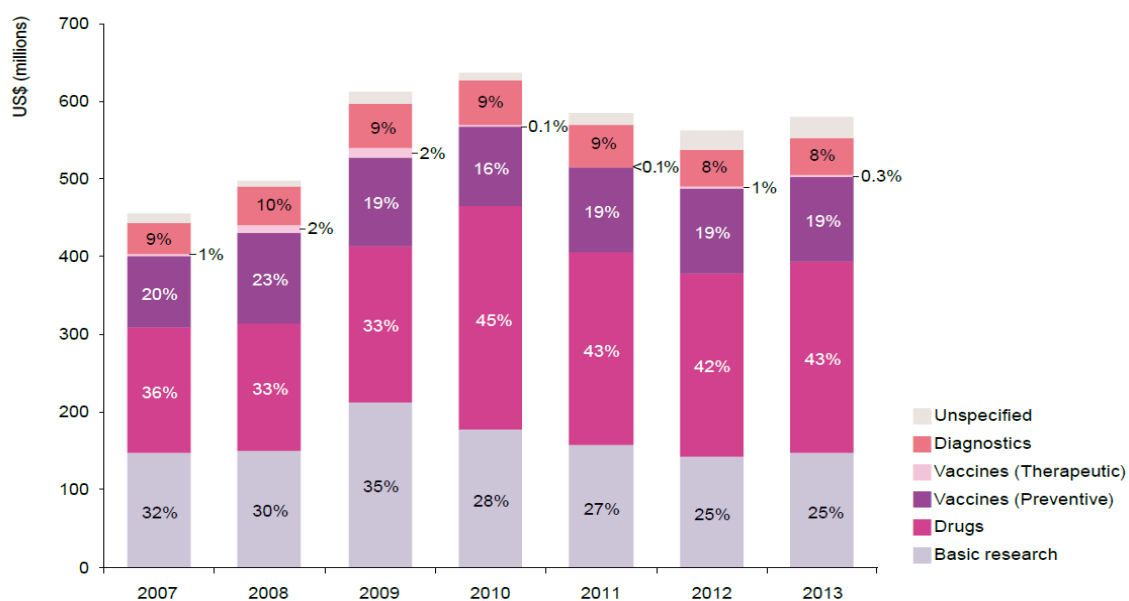
tischen Verfahren zur Entdeckung einer TB-Infektion und an einem wirksamen Tuberkulose-Impfstoff. In einem ersten Schritt lege ich den globalen Status zur medizinisch-technischen Tuberkuloseforschung dar, verorte im Anschluss daran das Engagement der BMGF im globalen TB-Forschungskontext und vergleiche in einem dritten Schritt das Engagement mit dem momentanen globalen Forschungsstand.

### *Globale TB-Forschung*

Die Prioritäten verteilen sich in der TB-Forschung nicht symmetrisch. Den größten Anteil umfasst die Arzneimittelforschung: Sie beansprucht etwa 40% der Gesamtausgaben. Die Forschung zu präventiven Impfstoffen folgt mit 20%, während die Diagnosemittelforschung lediglich 8% der Gesamtausgaben umfasst. Der Rest umfasst Grundlagenforschung im humanbiologischen und operationalen Bereich, während therapeutische Impfstoffe praktisch keine Rolle spielen.

Aus der folgenden Abbildung ist ersichtlich, dass der Bereich der Arzneimittelforschung im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen hat, während die anderen beiden Bereiche der Impfstoff- und Diagnosemittelforschung konstant geblieben sind. Der Bereich der Grundlagenforschung hat dagegen von 2007 bis 2013 deutlich abgenommen. Im Folgenden ist weiter zu untersuchen, was genau im jeweiligen Bereich erforscht wird. Abbildung 1 illustriert diese Verteilung:

**Abbildung 1: Tuberkuloseforschung nach Produkttyp 2007-2013**



Quelle: Policy Cures 2014: 21

Derzeit befinden sich zwei neue Arzneimittel (Delamanid und Bedaquiline) gegen MDR-TB in Phase III der klinischen Verfahren. Für die weniger entwickelten Ländern werden durch die TB-Allianz kostengünstigere zweifach bzw. dreifach Kombinationsmedikamente entwickelt, die sich momentan in der klinischen Phase II befinden (Policy Cures 2014: 20; Vgl. Abbildung 2 im Anhang 1; WHO 2014: 97).

Weiter befinden sich 13 neue potentielle Impfstoffkandidaten in der klinischen Phase: Drei Impfstoffe befinden sich in der klinischen Phase I, neun in der Phase II und ein Impfstoff bereits in Phase III (WHO 2014k: 26).<sup>82</sup> Für 2017 wird eine Marktzulassung des in Phase III befindlichen Impfstoffs „VPM1002“ erwartet, der sich in den bisherigen klinischen Studien als effektiv und sicher erwiesen hat (Grode et. al. 2013).

Die bisherigen Tests für MDR/XDR-TB sind langsam, wenig sensitiv und weisen eine geringe Reliabilität auf. Das übersetzt sich in eine verzögerte Diagnose und Behandlung. Die WHO hat im Jahr 2010 deshalb das neue Verfahren Xpert MTB/RIF zur Diagnose von TB und einer Rifampizin Resistenz (RIF) für MDR-TB beschlossen. Die WHO empfiehlt es als Initialtest, aber es sind weitere Evaluationsstudien über die Wirksamkeit unter unterschiedlichen geographischen und sozialen Bedingungen notwendig.

### *Forschungstätigkeit der Stiftung im Überblick*

Der Überblick über die globale TB-Forschung hat gezeigt, dass global an zahlreichen Projekten geforscht wird. Die Frage ist, wo die BMGF in diesem Kontext ansetzt. Dazu wurde das Tätigkeitsspektrum der BMGF folgendermaßen analysiert: Als Grundlage dienten die Datenbank „Awarded Grants“ der BMGF und die geförderten Forschungsinitiativen im Bereich der GCGH und GCE. Die gewährten Spenden in der BMGF-Datenbank wurden für die Analyse folgendermaßen kategorisiert: IF (= Impfstoffforschung), AF (= Arzneimittelforschung), DF (= Diagnosemittelforschung), NF (= nicht-forschungsrelevant/Koordination) und OF (= Operationale Forschung). Die gewährten Spenden, die sich in der Datenbank befinden, wurden durchsucht und entsprechend der Zweckbeschreibung, die bei jeder Spende angegeben ist, in eine der fünf Kategorien eingeteilt. Die geförderten Projekte in den beiden Bereichen der Grand Challenges wurden auf ihren direkten Bezug zur TB hin identifiziert, ebenfalls den jeweiligen Kategorien zugeordnet und zusammengefasst (vgl. Anhang 3 zur Kriterien der Analysekategorien und Übersicht der Spenden). Tabelle 7 zeigt die unterschiedlichen

---

<sup>82</sup> In Phase befinden sich u. a. M72/AS01E und VPM1002, der einzige Wirkstoff der als sicher für Kinder gilt. Beide werden in Afrika bereits getestet. Der Fortschritt ist jedoch geringer als erhofft, da sich Impfstoffe als unzureichend erwiesen haben (MVA85A/AERAS-485 zeigte in Phase II eine ungenügende Wirksamkeit bei Säuglingen). Neue Impfstoffe wie GLA-SE sind Mitte 2012 in die klinische Phase I eingetreten (Policy Cures 2014: 20).

Förderbereiche aus der Stiftungsdatenbank, die Anzahl gewährter Spenden im jeweiligen Bereich und die Gesamtzahl forschungsrelevanter Spenden bzw. die Gesamtzahl gewährter Spenden:

**Tabelle 7: Kategorien der Forschungsförderung 2009-2013**

<i>Jahr</i>		2013	2012	2011	2010	2009	Gesamt
<i>Forschungsbereich</i>							
	<b>OF</b>	7	1	3	2	2	15
	<b>IF</b>	7	8	2	/	1	18
	<b>AF</b>	1	2	5	8	/	16
	<b>DF</b>	3	5	12	/	1	21
	<b>Nicht-forschungsrelevant (Koordination)</b>	3	5	1	6	3	18
<b>Gesamtzahl forschungsrelevanter Spenden</b>		18	16	22	10	4	70
<b>Gesamtzahl gewährter Spenden</b>		21	21	23	16	7	88

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung j)

(Werte zeigen die Anzahl gewährter Spenden an; OF = Operationale Forschung; IF = Impfstoffforschung; AF = Arzneimittelforschung; DF = Diagnosemittelforschung; Nicht-forschungsrelevant = Ausgaben für Public Policy)

Im Untersuchungszeitraum von 2009 bis 2013 konnten aus der Stiftungsdatenbank insgesamt 88 Spenden entnommen werden. Für die TB-Forschung (Impfstoff, Arznei, Diagnose, Operational) waren 70 Spenden relevant. 18 gewährte Spenden waren nicht forschungsrelevant, da sie zwar Bezug zur Tuberkulose besaßen, aber im Bereich der Public Policy bzw. Koordination angesiedelt waren.<sup>83</sup> Tabelle 7 zeigt, dass die Stiftung, gemessen an der Zahl gewährter Spenden, am meisten in die Diagnosemittelforschung (21) investiert hat, gefolgt von der Impfstoffforschung (18) und der Arzneimittelforschung (16). Die operationale Forschung hat 15 gewährte Spenden in dem Zeitraum erhalten. Im Bereich der Arzneimittel- und Impfstoffforschung waren jeweils vier Anträge, welche die TB-Latenz zum Thema hatten. Diese wurden zur Hälfte auf die Impfstoff- und Arzneimittelforschung verteilt (vgl. Anhang 3). Die Tabelle verdeutlicht darüber hinaus, dass in den einzelnen Jahren unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden: 2009 waren es die nicht-forschungsrelevanten Spenden (3), im Jahr 2010 die Arzneimittelforschung (8), ein Jahr später die Diagnosemittelforschung (12), gefolgt von der Impfstoffforschung (8) im Jahr 2012. Im Jahr 2013 stellten die Impfstoffforschung (7) und die operationale Forschung (7) die beiden Bereiche dar, in denen die BMGF primär investierte. Weiter ist zu erwähnen, dass die Zahl der gewährten Spenden ebenfalls Anstieg: Von sieben im Jahr 2009 auf 16 im Jahr 2010 und schließlich auf 21 im Jahr 2013.

<sup>83</sup> Hierunter sind Spendenausgaben für die WHO und internationale Konferenzen zusammengefasst, worauf ich in Kapitel 3.3.3 näher eingehe.

Werden die geförderten Projekte im Rahmen der beiden Grand Challenges, betrachtet, so ergibt sich folgendes Bild: Im Rahmen der GCGH, die als Rahmenprogramm für das Forschungsprogramm zur TB dient, haben 15 der insgesamt 91 geförderten Projekte einen Bezug zur TB. Mit zehn geförderten Projekten steht die Erforschung von Biomarkern für die Diagnose (vgl. Tabelle 6 Grand Challenge #15) – in ihrer Umsetzung können Biomarker aber auch für die Entwicklung von Arzneimitteln eingesetzt werden – im Vordergrund. (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a). Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Projektförderungen im Rahmen der GCGH:

**Tabelle 8: Projektförderungen Grand Challenges in Global Health**

<b>Grand Challenge</b>	<b>Ziel des geförderten Projekts (Projekttitel)</b>	<b>Förderjahr</b>	<b>Zahl geförderter Projekte</b>
<b>#6</b>	Biomarkers of protective immunity and surrogate markers of TB disease in Africa	2005	1
<b>#10</b>	Natural Products Inhibit Intracellular Microorganisms via Cellular Mechanisms	2005	1
	Novel Therapeutics That Boost Innate Immunity to Treat Infectious Diseases	2005	1
<b>#11</b>	Drugs for Treatment of Latent Tuberculosis Infection	2005	1
<b>#12</b>	Preclinical and Clinical Evaluation of Post-Exposure TB Vaccine	2005	1
<b>#15</b>	Entwicklung von Biomarker über unterschiedliche Mechanismen (u.a. permeable magnetische Nanopartikel für die Point-of-Care <sup>84</sup> Diagnose)	2012	10

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a)

Im Rahmen der GCE, der unterstützenden Initiative zu den GCGH, ergibt sich das folgende Bild (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b):<sup>85</sup>

- Diagnosemittelforschung: 17
- Impfstoffforschung: 20
- Arzneimittelforschung: 25
- Operationale Forschung: 4

<sup>84</sup> „Point-of-Care“, oder patientennahe Labordiagnostik, bezeichnet medizinische Untersuchungen außerhalb von Zentrallabors, die am Ort des Bedarfs direkt eingesetzt werden können.

<sup>85</sup> Darunter sind 18 Projekte zur Forschung an der Tuberkuloselatenz. Die Projekte wurden je zur Hälfte der Arzneimittel- und der Impfstoffforschung zugeteilt (Zur Begründung vgl. Anhang 3).

- Gesamtzahl geförderter Projekte mit TB-Bezug: 66 von 1044 Projekten (6,3%)

Im Rahmen der GCE zeigt sich, dass der Bereich der Arzneimittelforschung mit Abstand am höchsten ausfällt: In diesem Bereich wurden insgesamt 25 Projekte gefördert. Die Diagnose- und Impfstoffforschung ist mit 17 bzw. 20 geförderten Projekten ähnlich groß. Auffällig ist die geringe Förderung im Rahmen der operationalen Forschung, wo lediglich vier Projekte gefördert wurden. Insgesamt finden sich 66 Projekte mit einem direkten TB-Bezug, was 6,3% der Gesamtzahl geförderter Projekte von 1044 entspricht. Nach diesem generellen Überblick ist es für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendig, im Detail zu analysieren, welche Projekte sie im Rahmen der vier Forschungsbereiche fördert und inwiefern das mit dem von staatlichen Akteuren (WHO, USAID, Centers for Disease Control and Prevention) korreliert.<sup>86</sup>

### *Impfstoffforschung*

In der Impfstoffforschung besteht die zentrale Herausforderung in der Entwicklung eines Impfstoffs für die Tuberkulose. Eine Analyse der geförderten Projekte in der IF-Kategorie im Rahmen der Spendenvergabe durch die Stiftung zeigt, dass die Stiftung in einigen Bereichen aktiv ist. Tabelle 9 listet einige ausgewählte Bereiche aus der IF-Kategorie:

**Tabelle 9: Impfstoffforschung**

<b><i>Impfstoffforschung (ausgewählte Bereiche)</i></b>	<b><i>Zahl geförderter Studien</i></b>
CD1/Glykolipid-spezifische T-Zell Antwort	1
Unterstützung in der Impfstoffforschung	2
Übertragungswege der TB im Tiermodell*	2
Test an Mausmodellen über die TB Manifestation für Impfstoffkandidaten	1
Entwicklung neuer Vesikel-getriebener Impfstoffe	1
Mausmodell für latente Tuberkulose*	3
Erforschung einer Antiangiogen Therapie auf die Effektivität der TB-Behandlung*	1

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung j). \* TB-Latenz

Die Stiftung investiert selektiv, sowohl in Impfstoff-spezifische Projekte (CD1/ Glykolipid-spezifische T-Zell Antwort) als auch in Grundlagenforschung (TB-Latenz), die für die Entwicklung eines Impfstoffes von Nöten ist. Der mit Abstand größte Beitrag, den die BMGF in der Impfstoffforschung geleistet hat, war die Bereitstellung von insgesamt 223 Mio. US-Dollar für die schnellere Entwicklung eines TB-Impfstoffes an die „Aeras Global TB Vaccine

<sup>86</sup> Für den Bedarf vgl. Kapitel 3.1.2.



Foundation“ im Jahr 2012.<sup>87</sup> Aeras besitzt insgesamt acht Impfstoffkandidaten in der klinischen und sechs Kandidaten in der präklinischen Phase im Portfolio. Der Impfstoffkandidat „M72+AS01E“ das größte Potential und ist 2013 in die klinische Phase IIB eingetreten (Aeras 2014).

Im Bereich der GCGH wurde im Rahmen der „Grand Challenge #6“ das Projekt der „Biomarkers of protective immunity and surrogate markers of TB disease in Africa“ von Stefan H.E Kaufmann, Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie, im Jahr 2005 gefördert. Das Ziel ist es die Grundlagen für die Entwicklung eines TB-Impfstoffes und von Arznei- und Diagnosemitteln zu ermöglichen: „Biomarkers of TB disease [...] could help guide the design and testing of improved TB vaccines, drugs, and diagnostics“ (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014d). Im Rahmen der GCE beziehen sich 11 der insgesamt 20 Projekte, die im Bereich der Impfstoffforschung gefördert werden, auf die Entwicklung eines Impfstoffes durch den Fokus auf innovative Wege und Mechanismen. Alle Projekte befinden sich in Phase I der Förderung: „An Arabinomannan-Protein Conjugate Vaccine for Tuberculosis“ von Arturo Casadevall (Runde 9 – November 2012), „Mucus-Penetrating Particles to Improve Mucosal TB Vaccines“ von Eric Nuremberger (Runde 9 – November 2012) und „Pulmonary BCG Immunization for Uniform Protection Against TB“ von Pavan Muttli (Runde 8 – Mai 2012) (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b). Die geförderten Projekte zeigen, dass der Bedarf – die Entwicklung eines neuen Impfstoffs – in der TB-Impfstoffforschung durch die Tätigkeiten der Stiftung abgedeckt wird.

### *Diagnosemittelforschung*

Der Bedarf besteht in schnellen vor Ort nutzbaren Diagnosewerkzeugen, die nicht auf einer Sputum-Analyse basieren (bspw. Urin, Blut oder Atem) und mit einer hohen Reliabilität TB-Erreger identifizieren. Dafür ist die Entwicklung von Biomarkern notwendig (WHO 2011: 14-16). Im Rahmen DF-Kategorisierung für die Spendenvergabe aus der Stiftungsdatenbank konnten diesem Bereich 21 Einträge angefügt werden. Tabelle 10 gibt eine Übersicht über die Verteilung dieser 21 Projekte:

**Tabelle 10: Diagnosemittelforschung**

<b>Diagnosemittelforschung</b>		<b>Zahl geförderter Studien</b>
	Sputum Analyse	2
	Datenanalyse über Impfstoffverfahren	2
	Übertragungsweg der TB	1

<sup>87</sup> Eine Spende im Januar 2012 über 210,2 Mio. US-Dollar und nochmals im Juli 2012 über 12,8 Mio. US-Dollar (Bill und Melinda Gates Stiftung k).

	Point-of-Care Test	5
	Einbindung der “Alere TB NEAR Assay” in die qNAT Analyzer Plattform	1
	Biomarker	9
	Ganzkörper-scans zur Reduktion der Chemotherapie	1

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*).

Hier zeigt sich eine deutliche Fokussierung auf den Bereich der Biomarkerforschung und der Point-of-Care Forschung. Die Tabelle verdeutlicht, was bereits bei der Impfstoffforschung zu beobachten war: Die Projektförderung umfasst eine Vielzahl von Bereichen (Sputum Analysen, Ganzkörper-scans sowie Grundlagenforschung über die Übertragungswege des TB-Erregers). Ein ähnliches Bild findet sich im Rahmen der GCGH: Unter der „Grand Challenge #15“ wurden insgesamt zehn Projekte für die Erforschung von Biomarkern gefördert. Darunter sind Projekte, die sich mit neuartigen Messmethoden befassen: „Novel Reagents for the Serological Diagnosis of Tuberculosis“ von David Anderson (2012) und „Validation of the Diagnostic Utility of Mtb Protein Biomarkers Found in Urine of TB Patients“ von Antonio Campos-Neto (2012). Im Bereich der GCE befinden sich 17 Projekte, wobei sich zwei Projekte in Phase II und die restlichen Projekte in Phase I befinden. Die 17 Projekte befassen sich vorrangig mit der Point-of-Care Forschung (2) und der TB-Diagnose durch eine Atemanalyse (5).<sup>88</sup> Weitere Projekte befassen sich mit neuen Mikroskopie- und Screeningverfahren (3) sowie nicht-invasiven Partikelsensoren für die Diagnose einer aktiven TB (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b unter *Diagnostics*).<sup>89</sup> Es kann für die Diagnosemittelforschung konstatiert werden, dass die Tätigkeit der Stiftung dem Bedarf entspricht, wobei der Fokus auf der Entwicklung von Biomarkern und Point-of-Care Tests liegt.

### Arzneimittelforschung

Der Bedarf in der Arzneimittelforschung besteht aus den folgenden fünf Punkten: Neuentwicklung wirksamer Erstlinien-Antituberkulotika; Pharmakologischen Untersuchung über die Kombinationswirkung der Erstlinien- und Zweitlinienmedikamenten, um das Potential, das den Mitteln zugeschrieben wird, vollständig zu entfalten; Epidemiologischen Untersuchungen über den Effekt von MDR/XDR-TB in unterschiedlichen Regionen der Welt; Biolo-

<sup>88</sup> In der Point-of-Care Forschung befindet sich das Phase II Projekt „Validation of a Low-Cost, Rapid, Point-Of-Care Diagnostic for Tuberculosis Based on Chemiresistive Sensor Arrays“ von William Royea (Runde 3 – Oktober 2009) sowie in der Atemanalyseforschung das zweite Phase II Projekt “Electronic Nose to Smell Tuberculosis from Breath VOCs” von Ranjan Nanda (Runde 3 – Oktober 2009).

<sup>89</sup> Beispiele hierfür sind die „Rapid Point-of-Care Urinary Reporter Assay for the Detection of Tuberculosis“ von Jennifer Andrews (Runde 9 – November 2012), „Portable Fluorescence Microscopy“ von Keith Dunning (Runde 4 – Mai 2010) und „Non-Invasive Phage Particle Based Sensors for Active TB“ von John Fisk (Runde 4 – Mai 2010).

gische Untersuchungen über die Effekte des Wirtes auf die Herausbildung von Resistenzen in der TB sowie die Länge klinischer Verfahren (Centers for Disease Control and Prevention 2009: 6).

Der Bereich der AF weist, wenn die Stiftungsausgaben betrachtet werden, mit 13 gewährten Projekten die geringste Förderung auf. Hervorzuheben ist jedoch die mit 164 Mio. US-Dollar dotierte Spende an die Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance) mit dem Ziel: „To accelerate development of anti-tuberculosis treatments by filling the drug development pipeline with novel candidates, developing single drug candidates, and working as a part of the Critical Path to TB drug Regimens” (Bill und Melinda Gates Stiftung *l*). Ebenso befassen sich die beiden Projekte für die Universität Cornell, welche die Stiftung ebenfalls 2010 gefördert hat, mit der Entwicklung neuer Medikamente.<sup>90</sup> Die Projektförderung im Rahmen der GCGH zeigt ebenfalls an, dass die Stiftung auf die Entwicklung neuer Medikamente setzt – hier in Form von zwei Projekten: Sowohl in der Bekämpfung der latenten Tuberkulose als auch in der Entwicklung neuer Medikamente für die Stärkung der Immunabwehr gegen Infektionskrankheiten (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014a).<sup>91</sup> Im Rahmen der GCE befinden sich insgesamt 25 Projekte in der AF Kategorie, die sich spezifisch mit der Resistenz der TB-Erreger befassen (neun davon zur TB-Latenz). Unter anderem befassen sich insgesamt neun davon mit der Entwicklung neuer Wirkmechanismen für Arzneimittel und neuen therapeutischen Maßnahmen.<sup>92</sup> Zwei weitere befassen sich mit grundlegend neuen Mechanismen für die Verbesserung bestehender Medikamente.<sup>93</sup> Weitere neun Studien befassen sich mit der Erforschung der Mechanismen latenter Tuberkulose.<sup>94</sup> Die Stiftung fördert ebenfalls die Erforschung der Kombinationswirkung der Erstlinien- und Zweitlinienmedikamenten: 2013 hat die BMGF, gemeinsam mit der USAID und der TB Alliance, ein Projekt in den fünf Ländern Aserbaidschan, Belarus, Pakistan, Südafrika und Bangladesch ins Leben geru-

---

<sup>90</sup> Förderung des Projektes der Universität Cornell in Höhe von 5,5 Mio. US-Dollar im November 2010 mit dem Ziel: „Identify tuberculosis proteins that are best suited as targets for the development of new and improved drugs against tuberculosis“. Ebenfalls im November 2010 (Höhe 2,7 Mio. US-Dollar): „Furnish a metabolomic toolset that can accelerate TB drug development” (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*).

<sup>91</sup> „Drugs for Treatment of Latent Tuberculosis Infection“ (Douglas Brownlie 2005; Grand Challenge #11). „Novel Therapeutics That Boost Innate Immunity to Treat Infectious Diseases“ (Brett Finlay 2005; Grand Challenge #10).

<sup>92</sup> Vier befassen sich mit der Entwicklung neuer Medikamente, fünf mit neuen therapeutischen Maßnahmen. Ein Beispiel für therapeutische Maßnahmen ist die Phaes II Studie von Dan Feldheim: „Nanocrystal Therapeutics for the Treatment of Multi-Drug Resistant Pathogens“ (Runde 1 – Oktober 2008). Ein Beispiel für die Entwicklung ist das Projekt von Gerald Smith: „Anti-TB Drugs That Limit Evolution of Resistance“ (Runde 2 – Mai 2009) (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b).

<sup>93</sup> Hier wären die Projekte „TB Nanodots: Transdermal Controlled Release of TB Drugs“ von Rohit Srivastava (Runde 10 – Mai 2013) und das Projekt „Cyclic Peptides for Eliminating Drug-Tolerant Tuberculosis“ von Anthony Baughn (Runde 9 – November 2012) zu nennen (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b).

<sup>94</sup> So das Projekt von Robert Abramovitch: „A Synthetic Biosensor to Find Drugs Targeting TB Persistence“ (Runde 8 – Mai 2012) (Bill und Melinda Gates Stiftung 2014b).

fen, dass die Resistenz von TB-Erregern gegenüber Pyrazinamid und Fluoroquinolone untersuchen soll (WHO 2014: 61).

Die geförderten Projekte und Initiativen zeigen an, dass die Stiftung sich auf spezielle Bereiche konzentriert. Hier ist vor allem die Entwicklung neuer Medikamente und therapeutischer Maßnahmen, aber auch die Grundlagenforschung zur TB-Latenz zu nennen. Es kann auch für diesen Bereich konstatiert werden, dass der Bedarf in der Arzneimittelforschung durch die Tätigkeiten der Stiftung selektiv abgedeckt wird.

### *Operationale Forschung*

Der Bedarf in der operationalen Forschung besteht an Evaluationsstudien über die Wirksamkeit von Diagnosewerkzeugen (Xpert System) sowie an Implementationsstudien für einen Zugang zu TB-Diagnosewerkzeugen und in diesem Zusammenhang die effektive Diagnose der Ko-Epidemie von HIV/AIDS und TB (WHO 2014g: 28).

Der Bereich der operationalen Forschung stellt mit insgesamt 15 geförderten Projekten aus der Datenbank der BMGF den geringsten Anteil an den Forschungsausgaben dar. Der Bereich hat im Laufe der Jahre an Bedeutung für die Gates Stiftung zugenommen: Das zeigt sich, wie in Tabelle 7 erkennbar, im Anstieg von lediglich zwei geförderten Projekten im Jahr 2009 auf sieben geförderte Projekte im Jahr 2013. Im Rahmen der GCE hat die Stiftung lediglich vier Projekte in der Kategorie der operationalen Forschung gefördert. In der operationalen Forschung beteiligt sich die Stiftung an einem Assessment zur TB-Diagnose in Indien und China. In Indien hat die BMGF 2010 die World Health Partners mit einer Spende über 23,3 Mio. US-Dollar mit dem Ziel unterstützt „[to build a] state-wide network of private health providers in Bihar, India, to improve management of infectious diseases, including [...] tuberculosis“ (Bill und Melinda Gates Stiftung *m*). Für einen weiteren Aufbau hat die Stiftung die World Health Partners und die Sambodhi Research & Communications mit dem Ziel gefördert, eine TB-Diagnose durch den privaten Sektor andernorts in Patna, Indien, aufzubauen.<sup>95</sup> Das Engagement in der operationalen Forschung zeigt sich auch am Engagement in China. Im April 2009 unterstützt die Stiftung, zusammen mit dem Gesundheitsministerium der VR China, die TB-Bekämpfung in China. Ein Punkt der Kollaboration ist „a new model of collaboration between hospitals and the public health system to provide high-quality and affordable diagnosis and treatment of MDr-Tb“ (Bill und Melinda Gates Stiftung 2009: 3). Die Stiftung

---

<sup>95</sup> Dazu der Zweck für die Förderung der World Health Partners: „Promote early TB diagnosis and accountable treatment for patients seeking care from private health care sector outlets in Patna“ (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*). Die Stiftung hat dazu eine Fördersumme von 3,4 Mio. US-Dollar bereitgestellt.

hat dafür das National Health and Family Planning Commission mit einer Spende über 33,2 Mio. US-Dollar im April 2009 unterstützt (Bill und Melinda Gates Stiftung j).

Lediglich eine Förderung findet sich für die Evaluierung des Xpert MTB/RIF Systems. Die Stiftung hat „The Aurum Institute NPC“ im Oktober 2011 mit einer Spende in Höhe von 13,9 Mio. US-Dollar unterstützt. Das Ziel war es: „to evaluate the effectiveness and cost effectiveness of Xpert MTB/RIF in the investigation of TB and its impact on patient and program outcomes and inform policy on the scale up of Xpert MTB/RIF in low- and middle-income countries“ (Bill und Melinda Gates Stiftung n). Geförderte Studien über die Ko-Epidemie zwischen HIV/AIDS und TB konnten nicht gefunden werden.

Die Ergebnisse in der operationalen Forschung zeigen, dass die Stiftung einen bedarfsge-rechten aber selektiven Beitrag leistet. Es konnten mit den verwendeten Suchkriterien keine Studien über die Forschungsförderung über HIV/AIDS-TB Ko-Epidemien gefunden werden. Es zeigt sich also auch hier, dass sie selektiv und konzentriert Spendengelder vergibt. Folglich ist zu konstatieren, dass die Stiftung einen selektiven Beitrag in der operationalen Forschung leistet.

Die Ergebnisse aller vier Forschungsbereiche lassen den Schluss zu, dass die Gates Stiftung einen signifikanten Beitrag zur Schließung des Produktionsdefizits in der Tuberkuloseforschung leisten kann. Dabei deckt sie aber nicht das komplette Bedarfsspektrum ab, sondern fokussiert sich auf spezielle Bereiche – wie die Erforschung von Biomarkern, Point-of-Care Diagnosewerkzeugen und der TB-Latenz zeigen.

### **3.3.2 Finanzierungsdefizit**

Die Bedarfsanalyse hat ergeben, dass für die globale Bekämpfung der Tuberkulose etwa acht Mrd. US-Dollar von der WHO veranschlagt werden. Im Forschungsbereich für Medikamente, Diagnosewerkzeuge und einen Impfstoff geht die WHO von weiteren zwei Mrd. US-Dollar jährlich aus. Um den Beitrag der BMGF diesbezüglich zu untersuchen, ziehe ich die Spendenzahlen zur Tuberkulose aus den Jahresberichten sowie der Grand Challenges Initiative der BMGF heran und verorte sie in dem globalen Kontext zu den Ausgaben für die Tuberkuloseforschung.

Zunächst soll dazu die Finanzierung der globalen Forschung und im speziellen der globalen Tuberkuloseforschung näher beleuchtet werden. Die globalen Forschungsausgaben stiegen von 2,793 Mrd. US-Dollar im Jahr 2007 auf 3,42 Mrd. US-Dollar im Jahr 2009 an. Das war der Höhepunkt globaler Forschungsausgaben für Infektionskrankheiten. Seit 2009 liegen die Ausgaben im Schnitt bei 3,2 Mrd. US-Dollar, sind also um knapp 200 Mrd. US-Dollar oder 6,1% im Vergleich zu 2009 gefallen. Die drei großen Infektionskrankheiten HIV/AIDS,

Malaria und TB erhielten im Zeitraum von 2007-2013 zusammen 69% der globalen Ausgaben für Forschung und Entwicklung, wobei HIV/AIDS im Mittel 34%, Malaria 17% und TB 18% der Ausgaben erhielt. Wird die Tuberkulose isoliert auf globaler Ebene betrachtet, so ergibt sich folgendes Bild: Von 456 Mio. US-Dollar im Jahr 2007 stiegen die Ausgaben auf 613 Mio. US-Dollar im Jahr 2009 um schließlich 2013 auf 580 Mio. US-Dollar zu sinken. Dabei verzeichnete TB im Jahr 2013 als einzige der drei großen Infektionskrankheiten einen Anstieg in den Forschungsausgaben um 18 Mio. US-Dollar, was einem Anstieg um 3,1% im Vergleich zum Vorjahr entspricht (Policy Cures 2014: 15).

In der Finanzierung der Forschung spielen philanthropische Akteure eine zentrale Rolle. Das zeigt sich an der Verteilung der Forschungsvolumina für Infektionskrankheiten, die Michael Head und seine Kollegen für Großbritannien im Zeitraum von 1997-2010 aufgeschlüsselt haben (Head et. al. 2013).<sup>96</sup> Dabei entfielen 53,5% der Ausgaben auf staatliche Akteure, während philanthropische Akteure für 42,5% der Ausgaben in Großbritannien aufkamen. Tabelle 11 gibt einen verkürzten Überblick über die Aufgabenteilung:

**Tabelle 11: Investment im Forschungsbereich von 1997-2010 in Großbritannien (in Mio. Pfund)**

	Investment in Pfund-Sterling in %	Zahl geförder- ter Studien N (in %)	Präklini- sche Stu- dien	Phase I-III	Produkt- entwick- lung	Operatio- nale For- schung
<b>Öffentliche Finanzierung</b>	<b>1393,9 (53,5%)</b>	<b>2281 (37%)</b>				
Regierung Großbri- tannien (ohne De- partment of Health)	144,8 (5,6%)	237 (3,8%)	12,9 (8,9%)	59,8 (41,3%)	5,9 (4,1%)	<b>66,2 (45,7%)</b>
Europäische Kom- mission	255 (9,8%)	219 (3,5%)	187,7 (73,6%)	0 (0%)	12,6 (5%)	54,3 (21,4%)
Medical Research	672,8 (25,8%)	962 (15,6%)	<b>527,3 (78,4%)</b>	42,3 (6,3%)	27,5 (4,1%)	75,6 (11,2%)

<sup>96</sup> Großbritannien ist der zweitgrößte staatliche Förderer in der Forschung zu Infektionskrankheiten nach den USA. Die ursprüngliche Tabelle von Michael Head (Head. et. al. 2013: 59) umfasste noch die Aufteilung zwischen investierten Pfund und der Anzahl geförderter Studien für jeden der Bereiche (Präklinische Studien, Phase I-III, Produktentwicklung und operationale Forschung). Ebenso listet die ursprüngliche Tabelle weitere staatliche und private Spendenakteure auf. Die fehlende Differenz zu den angegebenen Prozentzahlen für die öffentliche bzw. philanthropische Finanzierung liegt demnach darin, dass in der hier gelisteten Tabelle aus Gründen der Übersicht nicht alle staatliche und philanthropische Akteure eingeflossen sind. Die Autoren der Studie machen keine Angaben dazu, welche Akteure in der Kategorie „Andere“ enthalten sind. Die relativen Prozentangaben beziehen sich in den ersten beiden Spalten (Investment/Studienzahl) auf den Gesamtbetrag und in den jeweils anderen drei Spalten auf die Gesamtausgaben des einzelnen Akteurs.

Philanthropie		<b>1108,97</b> <b>(42,5%)</b>	<b>2879</b> <b>(46,7%)</b>				
	BMGF	220, 9 (8,5%)	39 (0,6%)	40,3 (18,2%)	4,7 (2,1%)	5,4 (2,4%)	<b>170,4</b> <b>(77,2%)</b>
	Wellcome Trust	688, 34 (26,4%)	1987 (32,2%)	<b>486,2</b> <b>(70,6%)</b>	17,6 (2,6%)	41,4 (6,0%)	143 (20,8%)
Andere		103,54 (4,0%)	<b>1010</b> <b>(16,4%)</b>	37,4 (36,1%)	10,4 (10,1%)	15,8 (15,3%)	39,9 (38,6%)
Gesamtausgaben		<b>2606</b>	<b>6170</b>				

Quelle: Eigene Darstellung (Head et. al. 2013: 59; Werte für das Pfund Sterling aus dem Jahr 2010)

Die EU-Kommission stellt mit 255 Mio. Pfund Sterling den größten staatlichen Investor in Großbritannien dar. Im philanthropischen Bereich stellte der britische Wellcome Trust mit 688 Mio. Pfund den mit Abstand größten Anteil aller Akteure an den Forschungsausgaben. Die Bill und Melinda Gates Stiftung spendete 220 Mio. Pfund, was 8,5% der gesamten Forschungsausgaben für Infektionskrankheiten in Großbritannien entspricht. Es fällt auf, dass die BMGF lediglich 39 Studien gefördert hat, was einem Gesamtanteil von 0,6% an der Gesamtförderung an Studien entspricht. Im Durchschnitt gab die Stiftung pro geförderte Studie 5,7 Mio. Pfund aus. Weiterhin ist eine große Varianz bei der Förderung der einzelnen Bereiche erkennbar: Während der Wellcome Trust fast 70% seiner Ausgaben in präklinische Studien investiert hat, fokussierte die BMGF ihre Fördersummen auf die operationale Forschung (77,2%) und präklinische Studien mit 18,2%.<sup>97</sup> Mit einem Anteil von 8,5% der Gesamtausgaben leistet die BMGF als Einzelakteur einen signifikanten Beitrag.

Folglich ist zu untersuchen, wie sich das finanzielle Engagement der Stiftung in dem Kontext der Tuberkulose darstellt. Da auf der Homepage zu den Grand Challenges keine Angaben über die finanzielle Förderung der einzelnen Projekte existiert, konzentriere ich mich auf die Ausgaben, die sowohl in der Stiftungsdatenbank als auch in den Jahresberichten für die Tuberkulose angegeben werden. Tabelle 12 auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die Gesamtausgaben der Stiftung über alle Programmbereiche, den Gesamtausgaben im Global Health Bereich sowie den Ausgaben für ausgewählte speziellen Programme innerhalb des Global Health Bereiches im Untersuchungszeitraum von 2009 bis 2013.

Die Gesamtausgaben für die Tuberkulose lagen laut den Jahresberichten in dem Untersuchungszeitraum bei 627,1 Mio. US-Dollar. Die Tabelle verdeutlicht, dass die Ausgaben, sowohl für den Gesamtbereich als auch für das Global Health Programm über die fünf Jahre

<sup>97</sup> Unter der operationalen Forschung fassen die Autoren epidemiologische Studien und Implementierungsstudien zusammen.

hinweg konstant geblieben sind.<sup>98</sup> Ebenso sind die Ausgaben für die Tuberkulose ähnlich hoch. 2013 ist jedoch ein größerer Anstieg auf 152,3 Mio. US-Dollar zu verzeichnen. Es ist allerdings weder aus den Jahresberichten noch aus der Homepage der BMGF-Stiftung ersichtlich, wie sich die Tuberkuloseausgaben im Speziellen zusammensetzen. Die Stiftung macht diesbezüglich keine Angaben. Lediglich der Anteil an den Gesamtausgaben im Global Health Programm werden angegeben: Über die fünf Jahre gesehen lag der Durchschnitt der Ausgaben für die Tuberkulose bei 9,42% an den Gesamtausgaben im Global Health Programm.

**Tabelle 12: Spendenausgaben der Gates Stiftung im Global Health in Mio. US-Dollar**

<i>Jahr:</i>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Bereich:</b>					
<b>Gesamtausgaben</b>	3,045	2,470	3,208	3,168	3,635
<b>Global Health</b>	1,826	1,485	1,977	892	1,088
<b>Infektionskrankheiten</b>					
a) HIV/AIDS	a): 221,6	a): 219,2	a): 232,7	a): 219,1	a): 228,5
b) Vernachlässigte Krankheiten	b) 121	b) 81	b) 94,3	b) 81	b) 108,8
c) Tuberkulose	c): 121,6	c): 118,2	c): 120,3	c): 114,7	c): 152,3

Quelle: Eigene Darstellung (Jahresberichte von 2009-2013 von der Homepage der BMGF; Bill und Melinda Gates Stiftung 2014c)

Werden die Ausgaben für die einzelnen Forschungskategorien für die gewährten Projekte aus der Stiftungsdatenbank, die im vorherigen Kapitel ausgeführt wurden, entnommen, so ergibt sich ein etwas anderes Bild. Tabelle 13 zeigt die Forschungsausgaben aufgeschlüsselt nach den vier Forschungskategorien und dem Bereich der Koordination. Laut den Angaben in der Datenbank investierte die Stiftung 710,1 Mio. US-Dollar in den Tuberkulosebereich. Den Großteil investierte sie in die Impfstoffforschung mit 256 Mio. US-Dollar, wobei die 210,2 Mio. US-Dollar Spende an die Aeras Global TB Vaccine Foundation im Jahr 2012 die größte singuläre Spende darstellt. Der Bereich der Arzneimittelforschung erhielt einen ähnlich hohen Anteil mit 247,2 Mio. US-Dollar, wobei der Großteil hier auf eine Spendensumme über 164 Mio. US-Dollar an die Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance) im Jahr 2010 entfällt. Der Impfstoff- und Arzneimittelbereich stellen die mit Abstand größten Investi-

<sup>98</sup> Ab 2012 ist ein deutlicher Rückgang der Ausgaben für den Global Health Bereich festzustellen, wobei die Ausgaben für die drei hier vorgestellten Infektionskrankheiten nicht abgesunken sind, sondern im Gegenteil noch zugenommen haben. Dieser Umstand ist damit zu erklären, dass im Zuge einer Umstrukturierung der Programme ab dem Jahr 2012 das Polio- und Impfprogramm der Stiftung vom Global Health in den Bereich der Global Development verlagert wurde (Wert von 671 Mio. US-Dollar im Jahr 2011).



tionsfelder dar. Den drittgrößten Bereich stellt die operationale Forschung mit einem Förder-  
volumen von 106,7 Mio. US-Dollar dar. Die Forschung für Diagnosemittel erhielt Förderun-  
gen in Höhe von 77 Mio. US-Dollar, obgleich sie nach den Zahl der gewährten Spenden den  
größten Bereich darstellte (21 gewährte Spenden im Vergleich zu 18 für die Impfstoff- und 16  
für die Arzneimittelforschung). Ausgaben für Public Policy bzw. Koordination betrugen 23,8  
Mio. US-Dollar.

**Tabelle 13: Ausgaben für die Forschungsbereiche in Mio. US-Dollar**

<i>Jahr</i>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Forschungsbereich</b>						
<b>OF</b>	24,8	0,2	16,7	26,4	36,6	106,7
<b>IF</b>	17,3	235* <sup>1</sup>	2,2	/	1,5	256
<b>AF</b>	16,3	3,1	26,4	201,4* <sup>2</sup>	/	247,2
<b>DF</b>	23,3	15,8	30,2	/	7,7	77
<b>Nicht- forschungsrelevant (Koordination)</b>	10,1	6,2	0,03	0,8	6,7	23,8
<b>Gesamtausgaben:</b>	91,6	260,3	75,5	228,6	54,5	<b>710,1</b>

Quelle: Eigene Darstellung (Zahlen zeigen die Summe gewährter Spenden an; OF = Operationale Forschung; IF = Impfstoffforschung; AF = Arzneimittelforschung; DF = Diagnosemittelforschung); \*<sup>1</sup>: Spende an Aeras Global TB Vaccine Foundation in Höhe von 210,2 Mio. US-Dollar; \*<sup>2</sup>: Spende an die Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance) in Höhe von 164 Mio. US-Dollar

Der Vergleich mit den globalen Ausgaben für die Tuberkulose im selben Zeitraum zeigt die Bedeutung der gesamten Investitionssumme der BMGF (abzüglich der Ausgaben für Public Policy) an. Global wurden in diesem Zeitraum 2,975 Mrd. US-Dollar investiert. Werden die globalen Ausgaben in Relation zu den 674,6 Mio. US-Dollar (710,1 – 35,5) gesetzt, so ergibt sich im Mittel ein Anteil der Stiftung von 22,6% an dem globalen Forschungsvolumen. Der hier gemessene Anteil wird durch die Auflistung der größten globalen Spender für die TB-Forschung von Policy Cures unterstützt: Die Gates Stiftung ist der zweitgrößte Spender nach dem US NIH, dem amerikanischen National Institute of Health, mit einem mittleren Beitrag von 22% über den Zeitraum von 2007-2013. Das US NIH kam im selben Zeitraum für 28% der Tuberkuloseforschung auf (Policy Cures 2014: 22).<sup>99</sup> Problematisch anzusehen sind in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Angaben, die je nach Quelle divergieren, was am Beispiel des Jahres 2013 exemplarisch gezeigt werden soll. Die Stiftung gibt in ihrem Jahresbericht eine Summe von 152,3 Mio. US-Dollar an, die Messung der Stiftungsausgaben

<sup>99</sup> Ausgaben der Gates Stiftung nach Policy Cures in Mio. US-Dollar: 2009 (109 Mio.), 2010 (115), 2011 (97), 2012 (102), 2013 (126) (Policy Cures 2014: 22). Policy Cures erhält die Daten über die Befragung der Akteure.

anhand der geförderten Projekte, die in der Datenbank der Stiftung zugänglich waren, haben Ausgaben in Höhe von 91,6 Mio. US-Dollar für die TB-Forschung (inklusive Public Policy) in dem selben Jahr ergeben, während die Angabe von Policy Cures einen Wert von 126 Mio. US-Dollar nennt. Als kritischer Faktor ist folglich auf die fehlende Transparenz in Bezug auf die detaillierte Spendenvergabe im Rahmen der Einzelprogramme hinzuweisen.

Wenn die Ausgaben aus der Stiftungsdatenbank als Grundlage herangezogen werden, so ergibt sich nichts desto trotz ein signifikanter Anteil der BMGF an der globalen Tuberkuloseforschung in Höhe von 22,6%. Der errechnete Wert wird durch den von Policy Cures herausgegeben Wert, der einen mittleren Förderanteil von 22% für die BMGF angibt, bestätigt. Die Ergebnisse lassen folglich den Schluss zu, dass die Stiftung einen effektiven Beitrag zur Schließung des Finanzierungsdefizits leistet.

### **3.3.3 Koordinationsdefizit**

Die Dokumente der WHO geben das Ziel vor, die „Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren“ zu verstärken (WHO 2014: 119). Speziell für den Bereich der Forschung konnten allerdings keine konkreten Ziele, die auf eine verbesserte Forschungszusammenarbeit abzielen, aus den hier verwendeten offiziellen Dokumenten entnommen werden. Folglich ist zu untersuchen, inwiefern die Stiftung innerhalb der Myriade von Akteuren, wie die Auflistung in Kapitel 3.1.2 gezeigt hat, koordinativ einwirkt, das heißt inwiefern sie wichtige Akteure zusammenbringen kann und Partnerschaften unterstützt. Für die Messung der Zielerreichung konzentriere ich mich auf drei Bereiche: Die Unterstützung von Partnerschaften, die von staatlichen Akteuren ins Leben gerufen wurden beziehungsweise als PPP konzipierte Partnerschaften, auf die Förderung von Konferenzen und Symposiums und auf die Unterstützung der WHO seitens der BMGF im Zeitraum von 2009-2013. Die zentralen Partnerschaften stellen die folgenden vier Partnerschaften und die WHO dar:<sup>100</sup>

- „Stop-TB“ Partnerschaft
- Tuberculosis Vaccine Initiative

---

<sup>100</sup> Die Relevanz der fünf Institutionen ergibt sich sowohl aus ihrer Größe als auch aus ihrem Status einer staatlichen geförderten Institution. Die „Stop-TB“ Partnerschaft wurde im Jahr 2000 von der WHO gegründet, besitzt über 1200 Partner und engagiert im Rahmen ihrer Global Drug Facility in der operationalen Bereitstellung von Diagnose- und Arzneimitteln. Die Tuberculosis Vaccine Initiative, gegründet 2008 im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Kommission, ist eine nicht-profitorientierte Organisation mit dem Schwerpunkt der Impfstoffentwicklung. Die TB Alliance ist ebenfalls eine nicht-profitorientierte Organisation, die im Jahr 2000 in Südafrika gegründet und von der WHO sowie der EU-Kommission unterstützt wird. Sie befasst sich vor allem mit der Arzneimittelforschung. Das Critical Path Institute wurde 2004 von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) gegründet und zählt über 1000 Wissenschaftler in ihrem Netzwerk. Die WHO stellt die globale Koordinationsinstanz für den Global Health Bereich dar.

- TB Alliance
- Critical Path Institute
- WHO

Die Stiftungsdatenbank listet folgende Spenden für die fünf Institutionen: „Stop-TB“ Partnerschaft (1), Tuberculosis Vaccine Initiative (2), TB Alliance (1), Critical Path Institute (1) und WHO (5) (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*). Wird die Höhe der Spendensummen betrachtet, so zeigt sich, dass die TB Alliance im Rahmen ihrer Arzneimittelforschung eine Summe über 164,9 Mio. US-Dollar erhalten hat und damit den Großteil der Spendenausgaben. Das Critical Path Institut hat 20,8 Mio. US-Dollar (Mai 2011) erhalten, während die Tuberculosis Vaccine Initiative 6,4 Mio. US-Dollar (April 2009, April 2012) erhalten hat. Die WHO hat insgesamt 8,1 Mio. US-Dollar erhalten, wobei die Spende an die „Stop-TB“ Partnerschaft in Höhe von drei Mio. US-Dollar ebenfalls an die WHO gerichtet war (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*).<sup>101</sup> Wenn die gewährten Projekte in ihrer Summe (203,2 Mio. US-Dollar) mit den Gesamtausgaben der Stiftung für die Tuberkuloseforschung (710,1 Mio. US-Dollar) verglichen werden, so ergibt sich ein Anteil von 28,6% von Koordinations-bezogenen Ausgaben für die fünf Partnerschaften im Vergleich zu den Gesamtausgaben.<sup>102</sup> Das Ergebnis zeigt, dass die Stiftung bestehende staatliche Institutionen durchaus unterstützt. Das sagt aber noch nicht genug über die Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration aus, wie es von der WHO gefordert wird. In Bezug auf die Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration ist es notwendig, die Ausgaben für den Bereich der Public Policy aus der Kategorie „Nicht-forschungsrelevant (Koordination)“ heranzuziehen:

**Tabelle 14: Förderung in der Kategorie Koordination**

Institution	Spendenzweck	Fördersumme in US-Dollar
International Centre for Genetic Engineering & Biotechnology	Internationales Tuberkulosesymposium	\$51,500
University of Cape Town	Internationale Konferenz für die Entwicklung eines neuen TB Impfstoffes	\$25,000
Foundation of the University of Medicine	Serie von internationalen wissenschaftlichen Meetings	\$85,010
The Federation of American Societies for Experimental Biology	Internationales Symposium mit dem Schwerpunkt der Immunologie von Tuberkulose für	\$28,750

<sup>101</sup> Spendensummen: 4,2 Mio. US-Dollar (März 2012), 0,4 Mio. (Okt. 2010), 0,3 Mio. (Okt. 2010), 0,2 Mio. (Mai 2010) und drei Mio. US-Dollar (Nov. 2009). Aus Gründen der Übersicht ist die Spenden an die „Stop TB“ Partnerschaft in dem Textabschnitt unter derselben gelistet worden, obwohl die Spende an die WHO gerichtet war und die Förderung der Partnerschaft zum Zweck hatte. Die Gesamtzahl der Spenden an die WHO beträgt somit sechs (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*).

<sup>102</sup> Auch wenn die Unterstützung der TB Alliance mit dem Zweck verbunden war, die Arzneimittelforschung voranzutreiben, so kann dieser Umstand genauso als Förderung der Koordination angesehen werden.

	Wissenschaftler aus hoch belasteten TB-Ländern	
Chinese Academy of Science	Einbindung der Chinese Academy of Science in die TB-Forschung	\$525,398
University of Medicine and Dentistry of New Jersey	Meetingplattform für Wissenschaftler aus dem akademischen, unternehmerischen und zivilgesellschaftlichen Bereich zum Ideenaustausch	\$39,060
PATH	Spende für das China National Program Management Office	\$1,896,332
Brigham and Women's Hospital	Konferenzunterstützung für die US-amerikanisch-japanische Tuberkulose und Lepra Konferenz	\$10,000
Aeras Global TB Vaccine Foundation	Unterstützung der internationalen TB Vaccine Konferenz	\$20,000
Clinton Health Access Initiative Inc.	Verbesserung des globalen Zugangs für Zweitlinienmedikamente zur TB durch die Erstellung einer Zugangsplattform	\$4,872,699
London School of Hygiene and Tropical Medicine	Verbesserung der Koordination des Tuberculosis Modeling and Analysis Consortium (TB MAC)	\$2,332,405

Quelle: Eigene Darstellung (Bill und Melinda Gates Stiftung *j*)

Tabelle 14 zeigt 11 weitere Spenden der Gates Stiftung, die eine Förderung von internationalen Konferenzen oder Symposiums zum Zweck hatten. Der Förderbetrag für diese neun Spenden liegt bei knapp neun Mio. US-Dollar, wobei der Großteil die beiden Spenden an die Clinton Health Access Initiative und die London School of Hygiene and Tropical Medicine darstellen. Darüber hinaus hat die Stiftung die Einbindung der Chinese Academy of Science in die globale TB-Forschung mit einer Spende in Höhe von rund 500.000 US-Dollar unterstützt. Eine weitere Spende mit dem ähnlich gelagerten Ziel der Einbindung neuer Partner in das globale Forschungsnetzwerk konnte für den Untersuchungszeitraum nicht gefunden werden.

In diesem Zusammenhang kann ein Umstand nicht beurteilt werden: Die Schaffung nachhaltiger Finanzierungsmechanismen durch Gewinnung neuer Partner. Die Produktion öffentlicher Güter verlangt, dass nachhaltige Finanzierungsmechanismen für ihre Produktion geschaffen werden. Daher ist es notwendig, neue Partner zu gewinnen oder das Ressourcenaufkommen bestehender Partner zu erhöhen. Anhand der Spendenvergabe ist nicht zu beurteilen, inwiefern sie neue Partner zur Finanzierung gewinnt, da sich keine Spende mit einer diesbezüglichen Zweckbeschreibung findet. Es scheint aber einen Hinweis zu geben, dass es zu einer Ressourcengewinnung kommen kann: Kirstin Matthews und Vivian Ho konnten allerdings zeigen, dass das US-amerikanische National Institute of Health die Ausgaben in seinem Global Health Bereich um eine Mrd. US-Dollar anheb, als die BMGF ihre Grand Challenge Initiative 2003 ins Leben gerufen haben (Matthews/Ho 2008: 409). Anhand der Spendenana-

lyse konnte kein weiterer ähnlich gelagerter Fall gefunden werden. Allerdings konnte die Analyse auch nicht die Tätigkeiten vor dem Jahr 2009 berücksichtigen. Ebenso scheint hier eine Medienanalyse eher geeignet, um diesem Bereich nachzugehen.

Die Spendenanalyse zeigt insgesamt, dass die Stiftung im Bereich der internationalen Koordination tätig ist, dies aber nicht ihr eigentliches Betätigungsfeld zu sein scheint. Darauf deutet die Spendenvergabe hin: Die Zahl an gewährten Spenden für internationale Symposien und Konferenzen beträgt 11, was gemessen an der Gesamtzahl von 88 gewährten Projekten knapp 10% entspricht. Werden die Gesamtausgaben für Public Policy (23,8 Mio. US-Dollar) in Relation gesetzt zu den Gesamtausgaben der Stiftung (710,1 Mio. US-Dollar), so ergibt sich ein Anteil der Koordination von 3,3% an den Gesamtausgaben. In diese Sphären liegt auch die Unterstützung der WHO: Die Spendenausgaben für die WHO betragen 8,1 Mio. US-Dollar, was gemessen an den Gesamtausgaben gerade einmal 1,2% beträgt und im Vergleich zur Spende an die TB Alliance in Höhe von 164 Mio. US-Dollar als gering zu bewerten ist. Die Spendenvergabe deutet darauf hin, dass die WHO zwar als Partner wichtig ist, worauf die sechs gewährten Spenden hindeuten, sie aber keinen signifikanten Entwicklungspartner darstellt. Darauf deutet wiederum der Umstand hin, dass da die Stiftung bilaterale Projekte gegenüber einer zentralen Stärkung der WHO vorzieht. Das zeigt sich deutlich am Engagement in China und die einmalige Spende an die National Health and Family Planning Commission in China in Höhe von 33 Mio. US-Dollar, was dem vierfachen der WHO-Förderung in fünf Jahren entspricht.

Nichts desto trotz begegnet die Stiftung dem angegebenen Ziel der „Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren“, folglich ist zu konstatieren, dass sie auch einen Beitrag zur Schließung des Koordinationsdefizits leistet.

### **3.3.4 Abgleich zwischen dem Stiftungsengagement und dem Bedarf**

In diesem Kapitel soll der Abgleich zwischen dem Stiftungsengagement und dem angegebenen Bedarf auf den drei Produktionsebenen zusammengefasst werden und die Ergebnisse in den Kontext der eigenen Zielerreichung eingeordnet werden. Für die Frage der Effektivität galt es folgende Fragen zu beantworten: Inwiefern initiiert und finanziert die Stiftung zur Lösung des Produktions- und Finanzierungsdefizits neue und bestehende Forschungsanliegen bzw. ergänzt bereits bestehende Initiativen? Und inwiefern gelingt es der Gates Stiftung Forschungsinitiativen und Forschungsprogramme zur Lösung des Koordinationsdefizits in ein globales Netzwerk zu integrieren? Ebenso soll das Stiftungsengagement auf ihre Nachhaltigkeit hin kritisch diskutiert werden. Für die Bewertung der Nachhaltigkeit gilt es zu beantwor-

ten, inwieweit durch die BMGF als philanthropische Stiftung eine katalytische Funktion und Initialwirkung im Hinblick auf eine zusätzliche Gewinnung neuer Partner bzw. einer Ressourcenmobilisierung ausgeht.

*Abgleich zwischen dem Stiftungsengagement und dem angegebenen Bedarf in Bezug auf das Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizits*

Die Ergebnisse aller vier Forschungsbereiche in dem Bereich des Produktionsdefizits lassen den Schluss zu, dass die Gates Stiftung einen signifikanten Beitrag zur Schließung des Produktionsdefizits in der Tuberkuloseforschung leisten kann. Dabei deckt sie aber nicht das komplette Bedarfsspektrum ab, sondern fokussiert sich auf spezielle Bereiche (u.a. Biomarker, Point-of-Care Tests). Dazu fördert sie im Rahmen der Spendenvergabe der Stiftung andere Partnerakteure (beispielsweise die TB Alliance) und regt im Rahmen ihrer Grand Challenge Initiative eigenständig Forschungsprojekte an. Die Zahl von 91 Projekten im Rahmen der GCGH und 1044 Projekten im Rahmen der GCE zeigen an, dass hier in großem Umfang in Forschung investiert wird. Mit Bezug auf die Tuberkulose fördert die Stiftung insgesamt 15 Projekte im Rahmen der GCGH, während es in der GCE 66 Projekte sind, was 6,3% aller Projektförderungen entspricht. Die geförderten Projekte in der GCGH zeigen eine klare Fokussierung auf den Bereich der Biomarker (10 der 15 Projekte). In den GCE fördert die Stiftung ihren Kernbereich der Forschung: Diagnosemittel- (17), Arzneimittel- (25) und Impfstoffforschung (20). Dabei ist die Höhe der Spendenvergabe ein deutliches Anzeichen für die Signifikanz der Bereiche: In der Kategorie der Impfstoffforschung investierte die BMGF 247,2 Mio. US-Dollar und in der Kategorie Arzneimittelforschung sogar 256 Mio. US-Dollar. Dabei investiert die Stiftung allerdings sehr gezielt, was sehr gut an der Förderung von Studien in Großbritannien und der Spende für die Aeras Global TB Vaccine Foundation im Jahr 2012 gezeigt werden kann: Die Stiftung hat in dem Zeitraum der Untersuchung 1997-2010 lediglich 39 Studien gefördert, was 0,6% aller geförderten Studien entsprach – dafür gab sie allerdings 220,9 Mio. Pfund-Sterling aus, was in etwa den Ausgaben der EU-Kommission entsprach.<sup>103</sup> Das zweite Beispiel ist die Spende an die Aeras Foundation in Höhe von 210 Mio. US-Dollar. Aeras besitzt insgesamt sieben Impfstoffkandidaten gegen die TB in ihrem Portfolio, was aus der Abbildung 5 im Anhang ersichtlich ist. Die beiden Beispiele zeigen, dass die Stiftung sehr selektiv fördert. Der Hintergrund für diese Selektion ist anhand der Spendenvergabe nicht klar nachzuvollziehen. Ein möglicher Faktor für die Selektion ist die

---

<sup>103</sup> Vgl. Tabelle 11 auf S. 80. Der Betrag entspricht 332 Mio. US-Dollar (Umrechnungskurs 20.01.2015).

potentielle Aussicht auf Erfolg – ein Kriterium, welches auch der GCGH und den GCE zu Grunde liegt.

Wenn die Ausgaben aus der Stiftungsdatenbank als Grundlage zur Bewertung der Finanzierung herangezogen werden, so ergibt sich ein signifikanter Anteil der BMGF in Höhe von 22,6% an der globalen Tuberkuloseforschung. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Stiftung einen effektiven Beitrag zur Schließung des Finanzierungsdefizits leisten kann. In Bezug auf die Frage, inwiefern die Stiftung zur Lösung des Produktions- und Finanzierungsdefizits neue und bestehende Forschungsanliegen initiiert und finanziert bzw. bereits bestehende staatliche Initiativen ergänzt, kann also konstatiert werden, dass sie hier einen effektiven Beitrag zur Schließung des Produktions- und Finanzierungsdefizits leistet. Die Analyse der Spendenvergabe hat es allerdings nicht erlaubt, die Frage zu beantworten, inwiefern die Stiftung nachhaltige Finanzierungsmechanismen – ein zentraler Punkt in der Produktion öffentlicher Güter – schafft.

Im Zusammenhang mit den Finanzierungsmechanismen steht auch die Frage der Koordination, also inwiefern es der Gates Stiftung gelingt Forschungsinitiativen und Forschungsprogramme zur Lösung des Koordinationsdefizits in ein globales Netzwerk zu integrieren. Die Spendenanalyse hat diesbezüglich gezeigt, dass die Stiftung im Bereich der internationalen Koordination tätig ist, dies aber nicht ihr eigentliches Betätigungsfeld zu sein scheint. Das wird an der Spendenvergabe deutlich: Die Zahl an gewährten Spenden für internationale Symposien und Konferenzen beträgt 11, was gemessen an der Gesamtzahl von 88 gewährten Projekten knapp 10% entspricht. Werden die Gesamtausgaben für Public Policy (23,8 Mio. US-Dollar) in Relation gesetzt zu den Gesamtausgaben der Stiftung (710,1 Mio. US-Dollar), so ergibt sich ein Anteil der Koordination von 3,3% an den Gesamtausgaben. In diesen Sphären liegt auch die Unterstützung der WHO: Die Spendenausgaben für die WHO betragen 8,1 Mio. US-Dollar, was gemessen an den Gesamtausgaben gerade einmal 1,2% beträgt. Die Förderungen indizieren, dass die Stiftung globale Forschungsinitiativen wie die TB Alliance und globale TB-Programme wie die „Stop-TB“ Partnerschaft der WHO unterstützt, jedoch legt die Analyse der Spendenvergaben nahe, dass der Kernbereich der Stiftung auf der Produktions- und der Finanzierungsebene liegt. Das angegebene Ziel der „Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren“ begegnet die Stiftung, folglich ist zu konstatieren, dass sie einen effektiven Beitrag zur Schließung des Koordinationsdefizits leistet.

### *BMGF: Erreichung der eigenen Ziele*

Die Stiftung verfolgt mit ihrem Forschungsprogramm drei Ziele: Defizite im wissenschaftlichen Wissen entdecken und die Förderung zukunftsweisender Ideen (Ziel Nr. 1); Lösungen entwickeln, die nachhaltig bereitgestellt werden können (Ziel Nr. 2) und die Förderung für ein globales Netzwerk von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften (Ziel Nr. 3).

Die Grand Challenges sind das Beispiel für die Identifikation von Defiziten in der wissenschaftlichen Forschung und die Förderung zukunftsweisender Ideen. Inwiefern die geförderten Projekte im Rahmen der GCGH und GCE in der Praxis tatsächlich zukunftsweisend sind, ist eine offene Frage, denn bisher ist kein Tuberkuloseprojekt über das Phase II Stadium hinaus gekommen. Nichts desto trotz kann dieses Ziel als erfüllt angesehen werden.

Für die nachhaltige Bereitstellung von Lösungen müssen sowohl die technischen als auch die lokalen Voraussetzungen gegeben sein. Der technologische Faktor wird im Rahmen der Grand Challenges abgedeckt. Die Gegebenheiten vor Ort werden dagegen nicht gefördert – zumindest nicht in einem breiten horizontalen Ansatz, sondern in vertikalen Programmen. Dieser Umstand reflektiert den Anspruch und den Glauben der BMGF, dass die Tuberkulose (und andere Infektionskrankheiten auch) durch wohlgedachte und nachhaltig finanzierte Programme auf wissenschaftlich-technologischer Basis erfolgreich bekämpft werden können. In diesem Zusammenhang wird die Stiftung aber auch oft für ihren vertikalen Ansatz kritisiert und auf die Bedeutung einer horizontalen Stärkung nationaler Gesundheitswesens hingewiesen (Das Gupta/Gostin 2009). Es ist eine empirisch offene Frage, inwiefern die vertikalen Initiativen für eine nachhaltige Bereitstellung ausreichend sind. Ihr Ziel Nr. 2 kann daher nur als teilweise erfüllt angesehen werden.

Das Ziel der Förderung eines globalen Netzwerks von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften ist das dritte Ziel in ihrem Forschungsprogramm. Die Stiftung engagiert sich in der Förderung von Konferenzen, Symposiums und internationalen Treffen – das zeigt sich allein an den 11 Spenden in diesem Bereich. Ebenso fördert die Stiftung die staatlich unterstützen Partnerschaften wie die TB Alliance und die „Stop-TB“ Partnerschaft der WHO. Sie versucht auch neue Partner zu gewinnen, was sich an der Spende an die Chinese Academy of Science erkennen lässt. Allerdings ist nur eine Spende verzeichnet, so dass ein Bemühen um neue Partner zwar vorhanden ist, aber die Spendenvergabe andeutet, dass das nicht der Kernbereich der Stiftung darstellt. Durch die Förderung von Konferenzen und anderen kann festgestellt werden, dass das dritte Ziel ebenfalls als erfüllt angesehen werden kann.



### *Bewertung der Effektivität*

Die Analyse hat gezeigt, dass die Stiftung einen Beitrag zur Schließung des Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizits leisten kann. Die BMGF kann folglich als „GPGH-Champion“ in der Forschung bezeichnet werden<sup>104</sup>. Sie stellt eine treibende Kraft in der Forschungsproduktion dar, indem sie bestehende Forschungsinitiativen fördert und eigenständig neue Forschungsprojekte initiiert; sie fördert die Koordination relevanter Akteure durch internationale Symposiums und sie erreicht es, dass Partner mehr Ressourcen investieren, wie das Beispiel des National Institute for Health zeigt.

Die Stiftung erfüllt darüber hinaus ihre eigenen Ziele, wenn gleich mit einem Abstrich hinsichtlich der nachhaltigen Bereitstellung von Lösungen. Die Leistungsfähigkeit ist damit, gemessen an der Effektivität, als hoch einzustufen, da die BMGF einen effektiven Beitrag zur Schließung der Defizite in der medizinisch-technologischen Forschung leistet und ihre eigenen Ziele erreicht. Das spiegelt sich in der erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose wieder: Die WHO gibt an, dass die TB-Mortalitätsrate um 41% im Vergleich zum Jahr 1990 gesenkt werden konnte und gleichzeitig 37 Millionen Menschen zwischen dem Jahr 2000 und 2013 durch eine effektive Diagnose und Behandlung gerettet werden konnten (WHO 2014). Das ist, wie bereits erwähnt, nicht ursächlich auf die Aktivität der Stiftung zurückzuführen, denn eine Kausalität zwischen dem Engagement eines einzelnen Akteurs und der erfolgreichen Bekämpfung einer Infektionskrankheit kann nicht gezogen werden. Die entscheidende – und zugleich hypothetische – Frage ist in dem Zusammenhang, wie es ohne das Engagement der BMGF aussehen würde.

## **4. Schluss**

Abschließend sollen die Ergebnisse der Analyse zusammengefasst sowie die Limitierungen und Probleme, die sich im Verlauf der Arbeit ergeben haben, dargestellt werden. Im zweiten Teil soll ein Rückbezug auf die Frage erfolgen, inwiefern philanthropische Stiftungen als ein relevanter Akteur in der Global Public Health anzusehen sind: Dazu soll weiter diskutiert werden, ob Philanthropie als Instrument in der Global Governance praktikabel ist. Der Abschluss erfolgt über einen Ausblick auf weitergehende Forschungsfragen.

---

<sup>104</sup> Definition: „A GPGH needs a ‘champion’ - a person and/or institution who will be the driving force behind the GPGH Production of GPGH will not be spontaneous - some ‘body’ needs to: coordinate efforts to achieve production, persuade relevant parties to cooperate, act as a ‘clearing house’ for coordination and information management and lobby for funding” (Smith/Woodward 2003: 405).

## 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

### *Zusammenfassung der Ausgangslage*

Das Ziel der Arbeit war es, die Leistungsfähigkeit philanthropischer Stiftungen zu analysieren und zu bewerten. Dazu hat sich die vorliegende Arbeit mit der Frage befasst, wie effektiv die BMGF als die finanzkräftigste und einflussreichste philanthropische Stiftung einen Beitrag zur Schließung des Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsdefizits in der medizinisch-technologischen Forschung zur Tuberkulose leisten kann. Eine Beschäftigung mit der Leistungsfähigkeit philanthropischer Stiftungen ist aus zwei Gründen relevant: Finanzkräftige Stiftungen haben global sowohl quantitativ als auch qualitativ im Sinne einer intensiveren Partizipation im globalen Entwicklungsbereich (Förderung von Forschung und Entwicklung, Mikrofinanzierung, Policy-Anwaltschaft) zugenommen und folglich brauchen Policy-Maker im globalen Entwicklungsbereich eine Einschätzung darüber, was dieser Typus eines privaten Akteurs leisten kann und was nicht. Zudem haben philanthropische Stiftungen bisher in der wissenschaftlichen Literatur ein Schattendasein geführt. Folglich galt es zu fragen, wo der Ansatzpunkt der BMGF in der globalen Gesundheitsgovernance liegt, was sie als Akteur leistet und wie gut sie im Stande ist ihre Tätigkeiten auszuführen.

### *Medizinisch-technologische Forschung als zentraler Ansatzpunkt der BMGF*

Als zentraler Ansatzpunkt der BMGF ist die Förderung von Forschung im medizinisch-technologischen Bereich identifiziert worden. Die Stiftung vertritt den eigenen Anspruch wissenschaftliche Forschung in den Bereichen zu fördern, die denen sie einen substantiellen Beitrag zur gesundheitlichen Verbesserung von Menschen beitragen kann. Dazu verfolgt die Stiftung im Forschungsbereich drei Ziele, die sich mit Innovation, der nachhaltigen Bereitstellung und der Förderung eines globalen Forschungsnetzwerkes befassen.<sup>105</sup> Um die Tätigkeit der Stiftung in der Forschung zu analysieren, wurde anhand des Konzepts der globalen öffentlichen Güter nach Scott Barrett und darauf aufbauend David Gartner zunächst die Produktionsebenen identifiziert, auf denen die Produktion globaler öffentlicher Güter Probleme aufweist: Die Produktions-, Finanzierungs- und Koordinationsebene. Diese Ebenenanalyse wurde mit der Typologie von David Gartner zusammengeführt und auf die medizinisch-technologische Forschung übertragen, um die konkreten Probleme in diesem Bereich wiederum zu identifizieren. Als Untersuchungsgegenstand für die Forschung wurde die Tuberkulose gewählt. Die Analyse der Stiftungstätigkeit erfolgte, gemäß dem Konzept öffentlicher Güter, über die Spendenvergabe. Für die Analyse der Datenbank „Awarded Grants“ und der Grand Challen-

---

<sup>105</sup> Vgl. Kapitel 3.2.1 für die Zielsetzung.

ges (Grand Challenges in Global Health und Grand Challenges Explorations) wurden fünf Kategorien gebildet: IF (= Impfstoffforschung), AF (= Arzneimittelforschung), DF (= Diagnosemittelforschung), NF (= nicht-forschungsrelevant (Koordination)) und OF (= Operationale Forschung). Die gewährten Spenden, die sich in der jeweiligen Datenbank befinden, wurden durchsucht und entsprechend der Zweckbeschreibung, die bei jeder Spende angegeben ist, in eine der fünf Kategorien eingeteilt. Als philanthropische Stiftung besitzt die BMGF zwei entscheidende Merkmale: Finanzielle Unabhängigkeit, völlige Entscheidungsautonomie bei der Spendenvergabe. Das versetzt sie theoretisch in die Lage, flexibel und reaktionsfähig zu agieren. Entsprechend sollte sich diese institutionell bedingten Stärken der BMGF in einen effektiven und nachhaltigen Beitrag zur Lösung der eigens identifizierten Defizite in der medizinisch-technologischen Forschung umsetzen lassen.

Die Messung der Effektivität erfolgte über die zielgerechte Deckung des Bedarfs auf der jeweiligen Produktionsebene in der Tuberkuloseforschung, welcher über die öffentlich zugänglichen Dokumente der WHO, des Centers for Disease Control and Prevention und des NIAID ermittelt wurde, sowie über die Erreichung der eigenen Ziele, welche die Stiftung selbst für die Forschung ausgibt. Gemäß des eigenen Anspruchs, wissenschaftliche Entwicklung zu fördern und die Defizite in der Forschung zu beseitigen, sollte aufgrund der bereitgestellten Daten eine Beantwortung der Forschungsfrage möglich sein.

### *Zusammenfassung der Ergebnisse*

Die Ergebnisse der Arbeit bestätigen die eingangs aufgestellte Hypothese, die davon ausgeht, dass die Bill und Melinda Gates Stiftung als „Global Public Goods Champion“ auftritt und einen effektiven Beitrag zur Schließung der Kapazitätsdefizite in der medizinisch-technologischen Forschung leisten kann. Auf der Produktionsebene setzt die BMGF selektiv Investitionen und initiiert eigene Forschungsanliegen. Auf der Finanzierungsebene stellt sie mit einem Anteil von 22% an der globalen TB-Forschung einen erheblichen Anteil dar, während sie auf der Ebene der Koordination zwar nur geringfügig tätig ist, aber einen Beitrag zur Schließung des Koordinationsdefizits über die Förderung von Symposiums, internationalen Konferenzen und durch die Einbindung neuer Partner in das globale Forschungsnetzwerk leistet. Ebenso hat die Analyse gezeigt, dass die Stiftung ihre eigenen Ziele, die sie im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit verfolgt, erreicht – bis auf den Punkt der nachhaltigen Bereitstellung von Lösungen, da es eine empirisch offene Frage ist, ob vertikale Initiativen einen ausreichenden Beitrag zur Bereitstellung leisten können. Insofern kann die Leistungsfähigkeit der BMGF, gemessen an ihrer Effektivität, als hoch eingestuft werden.

### *Theoretische Relevanz der Ergebnisse*

Bevor in Kapitel 4.2 die praktische Relevanz der Ergebnisse diskutiert wird, soll in einem ersten Schritt die theoretische Relevanz der Ergebnisse erläutert werden. Die theoretischen Grundlagen der Arbeit haben die eingangs formulierte Hypothese bekräftigt. Die in die Arbeit eingeflossene Theorie des Neoliberalismus und der dargelegte Forschungsstand in Bezug auf Global Governance und das Konzept globaler öffentlicher Güter haben sich für den Untersuchungsgegenstand der philanthropischen Stiftungen, hier der BMGF, als ein geeigneter Ansatz zur Beantwortung der Forschungsfrage erwiesen.

### *Methodische Probleme und Bewertung der Datenlage*

Sowohl die Operationalisierung der Effektivität als auch die Einteilung der Kategorien hat sich als schwierig erwiesen. Die Leistungsfähigkeit wurde über die Effektivität operationalisiert, wobei es sich schwierig gestaltet einen kausalen Zusammenhang zwischen der Tätigkeit eines einzelnen Akteurs und einem erfolgreichen Endresultat herzustellen. Die Probleme liegen sowohl in der unklaren Zielsetzung des Akteurs als auch der Ebene der Zieldefinition. Daher wurde die Erreichung der eigenen Ziele in der Forschung als zweiter Indikator für die Messung der Effektivität herangezogen. Das Kategorienschema hat sich zwar als analytisch brauchbar erwiesen, jedoch sind auch hier zwei Probleme aufzuführen: Die Datenbanken der Stiftung lieferten nur unzureichende Informationen, insbesondere über die Förderhöhe im Rahmen der Grand Challenges. Auch die Zuordnung der TB-Latenzforschung in die Impfstoff- und Arzneimittelforschung ist nicht zwingend.

Bei der Analyse der Stiftungsdatenbank haben sich zwei Probleme ergeben: Die Summe für die gelistete Anzahl an Spenden entspricht nicht den Gesamtausgaben für die Tuberkulose, welche die Stiftung im jeweiligen Jahr in ihrem Jahresbericht angibt. Aus dem Jahresbericht ist nicht zu entnehmen, wie sich die Fördersumme für die Tuberkulose zusammensetzt. Die Stiftung macht keine Angaben dazu, welche Projekte welchem Bereich zugeordnet werden. Im Bereich der Grand Challenges finden sich Angaben weder über die gewährten Forschungssummen noch über den detaillierten Fortschrittsverlauf. Zwar werden „Milestones“ angesprochen, aber ansonsten keine weiteren Detailangaben. Es wird nur angegeben in welcher Förderphase sich die Projekte befinden (Phase I und Phase II im Bereich der Explorations).

Die Forschungsrichtung zur Tuberkuloselatenz ist in ihrem Kern der Grundlagenforschung zuzuordnen. Eine Erforschung der genauen Umstände der Latenz im Sinne eines erneuten Wiederausbruchs der Krankheit und im Sinne der Inkubationszeit, das heißt dem

Übergang von der passiven zur aktiven TB, ist allerdings sowohl für die Arzneimittelforschung als auch die Impfstoffmittelforschung von Relevanz. Daher sind die hier enthaltenen Forschungsprojekte zu gleichen Teilen auf die Arzneimittel- und Impfstoffforschung aufgeteilt worden.

Als ein weiterer Punkt ist die Wahl des Untersuchungsgegenstandes zu nennen. Die BMGF kann im globalen Stiftungswesen durchaus als Anomalie betrachtet werden, da sie mit Abstand die einflussreichste und kapitalkräftigste Stiftung ist und insofern nur bedingt als Repräsentant philanthropischer Stiftungen angesehen werden kann. Für eine explorative Studie, wie die vorliegende, hat es sich als sinnvoll herausgestellt, den finanzkräftigsten und einflussreichsten philanthropischen Akteur heranzuziehen – im Sinne einer Übertragung auf die philanthropische Stiftungen als Gruppe bedarf es aber weiterergender empirischer Analysen.

#### **4.2 Rückbezug: Philanthropische Stiftungen als relevanter Akteur für die Global Public Health?**

*Rückbezug: Philanthropische Stiftungen als relevanter Akteur für die Global Public Health?*

Basierend auf den empirischen Ergebnissen soll im Folgenden der Rückbezug zur Governance-Leistung philanthropischer Stiftung hergestellt werden. Für den Rückbezug soll ein induktives Vorgehen gewählt werden: Ausgehend von den Ergebnissen der BMGF soll auf die Relevanz von philanthropischen Stiftungen im Allgemeinen für den Global Health Bereich geschlossen werden. Das Vorgehen erlaubt es in einem weiteren Schritt die eingangs aufgeworfene Frage der Leistungsfähigkeit privater philanthropischer Stiftungen in einen breiteren Kontext einordnen zu können.

*Die Leistungsfähigkeit philanthropischer Stiftungen im Licht der empirischen Ergebnisse*

Philanthropische Stiftungen sind mehr als nur ein Finanzierungsinstrument für staatliche Akteure im Global Health Bereich. Ihre Flexibilität, Reaktionsfähigkeit, Autonomie in der Entscheidungsfindung und Ressourcenausstattung versetzt sie theoretisch in die Lage, gezielt auf derjenigen Ebene einzusetzen, auf der die Probleme vorherrschen. Die Analyse hat genau dies ergeben: Die BMGF setzt gezielt an den jeweiligen Problemebenen an und tritt in dem Bereich der TB-Forschung als „Global Public Goods Champion“ auf. Die Leistungsfähigkeit der BMGF – und philanthropischer Stiftungen im Allgemeinen – gründet daher in ihrer institutionellen Architektur, die ihnen eine unerreichte Flexibilität ermöglicht: Die Freiheit gegenüber kurzfristigen Orientierungen ermöglicht es langfristige Programme durchzuführen und

dementsprechend Risiken eingehen zu können, insbesondere in kosten- und zeitintensiven Bereichen wie dem Forschungsbereich. Trotz der klaren Fokussierung auf den Forschungsbereich, agiert die BMGF allerdings als ein „Lückenfüller“ für die Bereiche der Public Policy, der Arzneimittel- und Impfstoffforschung und der Universitätsförderung, die von anderen Akteuren nicht übernommen werden können oder wollen. Die Stiftung kann als einzelner Akteur in einer Myriade von Partnern nicht als „universeller Kompensator“ für die Probleme in der Global Health Governance herhalten kann: Chronische Unterfinanzierung und ein Mangel an risikobehafteten Investitionen in Arzneimitteln und Impfstoffen. Eine Selektion der eigenen Stärken wäre hier angebracht: Die Stiftung sollte sich auf das konzentrieren, was sie kann und zwar die Förderung von Forschung auf der Produktionsebene sowie die Finanzierung. Das Engagement der BMGF verdeutlicht folglich drei Sachverhalte, die sowohl für philanthropische Stiftungen als auch für private Akteure auf der globalen Bühne im Allgemeinen gelten: Erstens demonstriert das Engagement, dass private Akteure nicht den Dominanzstatus von staatlichen Akteuren gefährden, allein schon deshalb, weil sie von den Ressourcen und operationalen Kapazitäten staatlicher Akteure abhängig sind. Zweitens zeigt es, dass Stiftungen als Geber bzw. Spender attraktiv sind, da sie gezielt in Problemebenen investieren und Versorgungslücken füllen können – ein Bereich, der für das Engagement von privaten Akteuren vielversprechend sein kann. Drittens zeigt das Engagement aber auch, dass das Ausmaß der Beteiligung letztlich abhängig von dem Willen des Stiftungsgründers ist – einer Einzelperson, einer Familie oder einem Unternehmen. Und das ist, trotz ihrer Leistungsfähigkeit, auch die Kehrseite der Medaille. Die Frage ist also, inwiefern Philanthropie als Werkzeug für die internationale Gemeinschaft praktikabel ist.

### *Philanthropie als praktikables Instrument der Global Governance?*

Es ist ein weltweiter Anstieg von „Philanthrokapitalisten“ festzustellen, die sich durch die Kombination aus ökonomischen Methoden, Kapitalressourcen und dem Glauben an technologische Lösungen für soziale Probleme zumeist durch Stiftungen in dem globalen Entwicklungsbereich engagieren. Philanthropie ist zunehmend „en vogue“ – Die Initiative „The Giving Pledge“, die durch Bill und Melinda Gates sowie Warren Buffet ins Leben gerufen wurde, ist ein Beispiel dafür, dass reiche Personen dazu bewegt werden sollen, einen Großteil ihres Vermögens zu Lebzeiten oder nach ihrem Ableben für philanthropische Zwecke zu spenden. Der Wunsch mit seinem Vermögen „Gutes“ zu bewirken, ist durchweg zu begrüßen und auch der Umstand der Ökonomisierung bietet hier die Möglichkeit „mehr durch sein Geld

erreichen zu können“. Jedoch ist in diesem Zusammenhang auf zwei zentrale Problemlagen hinzuweisen: Die Nachhaltigkeit und die Transparenz des Engagements auf globaler Ebene.

Die Thematik der Nachhaltigkeit bestimmt sich über das zeitlich begrenzte Engagement der Philanthropie. Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist: Was passiert, wenn das Stiftungsengagement endet? Das kann sowohl durch die zeitliche Limitierung der Stiftung als Institution (wie im Falle der BMGF) als auch durch das Wesen von Philanthropie selbst passieren.

Die zeitliche Limitierung der Institution kann das Risiko bergen Geld schnell auszugeben und dementsprechend an kurzfristigen Resultaten orientiert zu sein. In diesem Zusammenhang ist die Diskussion um die Vertikalisierung des Gesundheitssystems von Empfängerländern zu nennen, durch die kein systemorientierten Förderansatz verfolgt wird. Durch den Fokus auf einzelne vertikale Interventionen sind diese Programme für die beteiligten Akteure leichter durchführbar, weisen eine bessere Evaluationschance auf und können leichter politisch „verkauft“ werden – das kann aber auf Kosten der lokalen Akteure in den weniger entwickelten Regionen gehen und vernachlässigt die Notwendigkeit einer generellen Stärkung von nationalen Gesundheitswesen.

Auch das Wesen der Philanthropie selbst kann ein Risiko bergen. Philanthropie ist ein Ausdruck individueller Wünsche und Ambitionen und dementsprechend unterliegt die Wahl der Aktivitätsbereiche für das philanthropische Engagement dem „cherry picking“ – Tätigkeitsfelder werden nach dem eigenen Interesse ausgewählt. Das heißt nicht, dass keine ethischen Überlegungen in die Wahl miteinbezogen werden, aber die Entscheidungsfindung und das Ausmaß der Beteiligung hängen letztlich zu einem gewissen Grad von individuellen Motiven und Vorstellungen ab – und diese müssen sich nicht immer mit den Bedürfnissen der breiten Bevölkerung in Entwicklungsländern überschneiden.

Das zweite zentrale Problem besteht in der Transparenz im Zusammenhang mit dem Einbezug dieser privaten Akteure in die globale Entscheidungsfindung. Private Akteure besitzen keine Input-Legitimität, sie sind also nicht gewählt, sondern legitimieren sich über ihre Beiträge (Output-Legitimität). Allerdings sind sie bezüglich ihrer Beiträge keiner Öffentlichkeit gegenüber rechenschaftspflichtig, obgleich sie gravierende Auswirkungen auf diejenigen Bevölkerungsgruppen haben können, die unterstützt werden – oder eben nicht. Denn Philanthropie ist und bleibt eine noble Haltung und kein institutionell abgesichertes Engagement.

Zusammengefasst bleibt zu konstatieren, dass in Bezug auf die Problemlösungsfähigkeit Philanthropie (und mit ihr philanthropische Stiftungen als institutionelle Ausprägung) als praktikables Instrument für die Global Governance angesehen werden kann: Die Flexibilität

und Reaktionsfähigkeit sind ihr entscheidender komparativer Vorteil gegenüber Staaten und IGOs, wenn es darum geht, gezielt auf Problemebenen anzusetzen. Die Probleme der Nachhaltigkeit und Transparenz müssen aber gelöst werden. Folglich sind die Möglichkeiten und Konsequenzen daraus für die Politik zu diskutieren.

### *Was heißt das für die Politik?*

Für die Politik bedeutet dies, dass die globale Problembearbeitung mit der Hilfe von philanthropischen Stiftungen bzw. philanthropischen Akteuren im Allgemeinen möglich und auch praktikabel ist. Während sich die komparativen Vorteile von philanthropischen Stiftungen positiv auf die Problembearbeitung auf globaler Ebene auswirken können, so geht die erhöhte Leistungsfähigkeit mit einem intransparenten Einbezug einzelner Akteure und einer ungeregelten Nachhaltigkeit einher. Philanthropisches Engagement substituiert in den Bereichen, die von anderen Akteuren vernachlässigt werden. Wenn das philanthropische Engagement endet, so bedarf es neuer Substituenten. Um die komparativen Vorteile nutzen zu können und gleichzeitig dem Problem der Nachhaltigkeit und Legitimität zu begegnen, ist es unumgänglich internationale Organisationen – trotz ihrer eigenen Legitimitätsdefizite – zu stärken, denn philanthropisches beziehungsweise privates Engagement kann nicht allein auf jeder Ebene die jeweiligen Defizite ausgleichen. IGOS können im Bereich der Koordination ihre komparativen Vorteile ausspielen, während private und philanthropische Akteure sich bei Bedarf auf gezielte Problemebenen fokussieren können. Der Einbezug privater Akteure kann – das hat die Arbeit gezeigt – einen substantiellen Beitrag zur Problemlösung auf globaler Ebene beitragen, aber die Defizite in der Legitimität und Nachhaltigkeit sind nicht unerheblich und müssen durch sinnvolle Mechanismen kompensiert werden. Ein Weg dazu ist die Stärkung von IGOs, damit über ihre koordinativen Kapazitäten neue Geber in das System eingebunden werden können. Neben diesem Umstand hat die Arbeit aber auch gezeigt, dass das internationale System selbst Defizite aufweist. Das System verschärft die Ungleichheit zwischen Arm und Reich in einem gravierenden Ausmaß, wie die Zahlen von Oxfam belegen. Diesen immanenten Widerspruch kann aber nicht durch Philanthropie allein begegnet werden. Das wahre kollektive Handlungsproblem besteht in der globalen Vermögensverteilung, die es letztlich zu lösen gilt.



### 4.3 Ausblick

#### *Forschungsbedarf im Bereich philanthropischer Stiftungen*

Basierend auf den Ergebnissen und dem Umstand, dass bisher nur wenig Forschung im Bereich der Effektivität philanthropischer Stiftungen und des „Philanthrokapitalismus“ betrieben wurde, ist zu konstatieren, dass hier ein Bedarf an weiterführenden Studien herrscht.

Die Analyse hat ergeben, dass die BMGF gezielt zur Problemlösung auf unterschiedlichen Ebenen beitragen kann. Zugleich stellt sie aber auch eine Anomalie im globalen Stiftungswesen dar. Dementsprechend gilt es, andere Stiftungen – sowohl vom Typus als auch vom Tätigkeitsbereich – in vergleichenden Analysen zu evaluieren. Die Voraussetzung dafür ist, dass die exakten Geldbeträge in den jeweiligen Programmen aufgelistet werden, damit Aussagen bezüglich der Problembearbeitungsfähigkeit besser getroffen werden können. Die Entwicklungen der Gates Stiftung sind diesbezüglich positiv: Ab 2009 wurden in den Jahresberichten die Zusammensetzung der jeweils drei Programmbereiche aufgeschlüsselt, allerdings noch ohne eine genaue Zuteilung der Spenden zu den jeweiligen einzelnen Unterprogrammen. In diesem Zusammenhang ist auch die Förderung der „Open Access Policy“ zu nennen, in der die Stiftung ab 01. Januar 2015 alle neuen Forschungsergebnisse veröffentlichten lässt und den freien Zugang zu den Publikationen gewährt. Viele Stiftungen allerdings evaluieren ihre eigenen Tätigkeiten noch nicht in dem Ausmaß, wie das die BMGF tut. Auf der Grundlage exakter Datenmaterialien kann in einem weiteren Schritt die Rolle die neue Generation philanthropischer Stiftungen und ihr Verhältnis mit dem Forschungsfeld des „Philanthrokapitalismus“ weiter untersucht werden. Hier sind vor allem Policyanalysen über den Einfluss privater Personen notwendig.

#### *Fazit: Philanthropische Stiftungen als relevanter Akteur mit weitergehendem Forschungsbedarf*

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass philanthropische Stiftungen einen relevanten Akteur auf globaler Ebene darstellen können. Gleichzeitig macht sie aber auch deutlich, dass noch weitergehender Forschungsbedarf im Bereich der philanthropischen Stiftungen, ihrer Rolle in Partnerschaften und dem damit verbundenen Bereich des „Philanthrokapitalismus“ besteht. Die gestiegene Zahl an Milliardären und mit ihr die Zahl philanthropischer Stiftungen macht nochmals deutlich, dass weitergehende Studien notwendig sind, um ein besseres Verständnis für die Leistungsfähigkeit dieser institutionellen Form zu erhalten.

# Literaturverzeichnis

## I. Internetquellen:

Aeras, 2014. *Vaccine candidates*. Online unter:

<http://www.aeras.org/candidates/#candidates> [Zugriff am 04.01.2015].

Centers for Disease Control and Prevention, 2009. *Plan to Combat Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. Recommendations of the Federal Tuberculosis Task Force*. Online unter:

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5803.pdf> [Zugriff am 04.01.2015].

Centers for Disease Control and Prevention, 2014. *Ebola Hemorrhagic Fever Distribution Map. Cases of Ebola Hemorrhagic Fever in Africa, 1976 - 2014*. Online unter:

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/resources/distribution-map.html> [Zugriff am 17.09.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung a. *Brief von Bill&Melinda Gates*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/de/Who-We-Are/General-Information/Letter-from-Bill-and-Melinda-Gates> [Zugriff am 19.09.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung b. *Who we are. Foundation Asset Trust*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Financials/Asset-Trust> [Zugriff am 19.11.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung c. *How we work*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work> [Zugriff am 19.11.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung d. *What we do*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do> [Zugriff am 19.11.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung e. *Stiftungsdatenblatt*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/de/Who-We-Are/General-Information/Foundation-Factsheet> [Zugriff am 07.12.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung f. *Forschung und Praxis. Strategischer Überblick - Unsere Strategie*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/de/What-We-Do/Global-Health/Discovery-and-Translational-Sciences#UnsereStrategie> [Zugriff am 20.12.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung g. *HIV. Strategischer Überblick - Unsere Strategie*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/de/What-We-Do/Global-Health/HIV> [Zugriff am 20.12.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung h. *Tuberkulose. Strategischer Überblick - Unsere Strategie*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/de/What-We-Do/Global-Health/Tuberculosis> [Zugriff am 20.12.2014].

Bill und Melinda Gates Stiftung i. *Evaluation Policy*. Online unter:

<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/General-Information/Evaluation-Policy#OurStrategiesandEvaluation> [Zugriff am 28.12.2014].

- Bill und Melinda Gates Stiftung *j. Awarded Grants*. Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database> [Zugriff am 01.01.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung *k. Awarded Grants. Aeras Global TB Vaccine Foundation 2012*.  
 Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database#q/program=Global%20Health&issue=Tuberculosis&year=2012&page=2> [Zugriff am 06.12.2014].
- Bill und Melinda Gates Stiftung *l. Awarded Grants. Global Alliance for TB Drug Development*.  
 Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2010/11/OPP1017459> [Zugriff am 06.12.2014].
- Bill und Melinda Gates Stiftung *m. Awarded Grants. World Health Partners*. Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2010/11/OPP1016017> [Zugriff am 19.01.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung *n. The Aurum Institute NPC*. Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2011/10/OPP1034523> [Zugriff am 15.01.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2009. *Tuberculosis Strategy*. Online unter:  
<https://docs.gatesfoundation.org/Documents/tuberculosis-strategy.pdf> [Zugriff 15.01.2014].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2012. *Grand Challenges Explorations. Fall 2013 Report*. Online unter: [http://gcgh.grandchallenges.org/GCGHDocs/GCE\\_Report\\_2013.pdf](http://gcgh.grandchallenges.org/GCGHDocs/GCE_Report_2013.pdf) [Zugriff 15.01.2014].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2013. *Neglected Disease Research and Development: Is the Global Financial Crisis Changing R&D?*. G-Finder 2010. Online unter:  
[http://www.policycures.org/downloads/g-finder\\_2010.pdf](http://www.policycures.org/downloads/g-finder_2010.pdf) [Zugriff am 09.01.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014a. *The Grand Challenges*. Online unter:  
<http://gcgh.grandchallenges.org/Pages/BrowseByGoal.aspx> [Zugriff am 19.11.2014].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014b. *The Grand Challenges Explorations. Grand Challenges Explorations Grants*. Online unter:  
<http://gcgh.grandchallenges.org/explorations/Pages/grantsawarded.aspx?Round=all&Phase=all> [Zugriff am 1.1.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014c. *Annual Reports*. Online unter:  
<http://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/Resources-and-Media/Annual-Reports> [Zugriff am 1.1.2015].
- Bill und Melinda Gates Stiftung, 2014d. *The Grand Challenges. Biomarkers of Protective Immunity Against TB in the Context of HIV/AIDS in Africa*. Online unter:  
<http://gcgh.grandchallenges.org/NewVaccines/Challenges/LearnaboutImmunologicalResponses/Pages/Biomarkers.aspx> [Zugriff am 19.01.2015].
- Bundesregierung, 2014. *Bundeskanzlerin Merkel trifft Bill Gates*. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 394/2014 7.11.2014. Online unter:

- <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2014/11/2014-11-07-bill-gates-breg.html> [Zugriff am 9.11.2014].
- Clark, C. et. al., 2004. *Double Bottom Line Project Report: Assessing Social Impact in Double Bottom Line Ventures – Methods Catalog*. Center for Responsible Business, University of California Berkeley. Online unter: [http://www.riseproject.org/DBL\\_Methods\\_Catalog.pdf](http://www.riseproject.org/DBL_Methods_Catalog.pdf) [Zugriff am 08.01.2015].
- Deiss, J., 2010. *Reaffirming the central role of the United Nations in global governance*. Presidential lecture at the 65<sup>th</sup> United Nations General Assembly on 29<sup>th</sup> October 2010 in Tokyo, Japan. Online unter: <http://www.un.org/en/ga/president/65/statements/UNUniversity291010.shtml> [Zugriff am 03.09.2014].
- Delisle et. al., 2005. The role of NGOs in global health research for development. In: *Health Research and Policy 3* (3), S. 1-21 (Seiten nicht offiziell angegeben). Online unter: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-3-3.pdf> [Zugriff 10.01.2015].
- Dodgson, R./Lee, K./Drager, N., 2002. *Global Health Governance: A conceptual Review. Discussion Paper No.1*. Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene & Tropical Medicine. Online unter: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf) [Letzter Zugriff am 10.11.2014].
- Erskind, B., 2013. *Philanthrocapitalism. The new charitable paradigm. The Chronicle Herald* 26.04.2013. Online unter: <http://thechronicleherald.ca/business/1125596-philanthrocapitalism-the-new-charitable-paradigm> [Zugriff am 19.11.2014].
- European Foundation Center. *Data on European Foundations*. Online unter: [http://www.efc.be/programmes\\_services/resources/Pages/Foundations-in-Europe.aspx](http://www.efc.be/programmes_services/resources/Pages/Foundations-in-Europe.aspx) [Zugriff am 19.11.2014].
- Fidler, D., 2010. The Challenges of Global Health Governance. Council on Foreign Relations, International Institutions and Global Governance. Working Paper. Online unter: [http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/docs/ev\\_20111111\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/eu_world/docs/ev_20111111_rd01_en.pdf) [Zugriff am 12.09.2014].
- Forbes, 2014a. *The World's Billionaires*. Online unter: <http://www.forbes.com/billionaires/list/#tab:overall> [Zugriff am 14.11.2014].
- Forbes, 2014b. *The World's Billionaires. 25<sup>th</sup> Anniversary Timeline*. Online unter: <http://www.forbes.com/special-report/2012/billionaires-25th-anniversary-timeline.html> [Zugriff am 14.11.2014].
- Fulton, K./Blau, A., 2005. *Cultivating Change in Philanthropy. A working paper on how to create a better future*. Online unter: [http://monitorinstitute.com/downloads/what-we-think/looking-out-for-the-future/Cultivating\\_Change\\_in\\_Philanthropy.pdf](http://monitorinstitute.com/downloads/what-we-think/looking-out-for-the-future/Cultivating_Change_in_Philanthropy.pdf) [Zugriff am 19.09.2014].
- GlaxoSmithKline, 2012. *Die 4 Phasen*. Online unter: <http://www.glaxosmithkline.de/html/forschung/die-4-phasen.html> [Zugriff am 09.01.2014].
- Global Health Watch, 2011. *Global Health Watch 3. An Alternative World Health Report*. London, New York: Zed Books. Online unter:

- <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/global%20health%20watch%203.pdf>  
[Zugriff am 19.11.2014].
- GRAIN, 2014. *How does the Gates Foundation spend its money to feed the world? November 2014*. Online unter: <http://www.grain.org/article/entries/5064-how-does-the-gates-foundation-spend-its-money-to-feed-the-world#> [Zugriff am 16.12.2014].
- Hotez, P./Kamath, A., 2009. Neglected Tropical Diseases in Sub-Saharan Africa: Review of Their Prevalence, Distribution, and Disease Burden. In: *PLoS Neglected Tropical Diseases* 3(8): e412. Online unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2727001/> [Zugriff am 08.12.2014].
- Hudson Institute, 2013. *The Index of Global Philanthropy and Remittances. With a special report on emerging Economies*. Online unter: [http://www.hudson.org/content/researchattachments/attachment/1229/2013\\_indexof\\_global\\_philanthropyand\\_remittances.pdf](http://www.hudson.org/content/researchattachments/attachment/1229/2013_indexof_global_philanthropyand_remittances.pdf) [Zugriff am 08.12.2014].
- King, C./Bertino, A.M., 2008. Asymmetries of Poverty: Why Global Burden of Disease Valuations Underestimate the Burden of Neglected Tropical Diseases. In: *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2(3): e209. Online unter: <http://www.plosntds.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000209&representation=PDF> [Zugriff am 09.01.2015].
- Lele, U./Sadik, N./Simmons, A., 2005. *The Changing Aid Architecture: Can Global Initiatives Eradicate Poverty?* Online Unter: <http://www.oecd.org/dataoecd/60/54/37034781.pdf> [Zugriff am 08.12.14].
- NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases), 2007. *Research Agenda for Multidrug-Resistant and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis*. Online unter: <http://www.niaid.nih.gov/topics/tuberculosis/research/documents/mdrxdrresearchagenda.pdf> [Zugriff am 12.01.2015].
- OECD, 2014. *Development Co-operation Report 2014. Mobilising Resources for sustainable development*. Online unter: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/development-co-operation-report-2014\\_dcr-2014-en#page401](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/development-co-operation-report-2014_dcr-2014-en#page401) [Zugriff 10.11.2014].
- OECD, 2014b. *Guidelines for Effective Philanthropic Engagement (GEPEs) April 2014*. Online unter: <http://www.oecd.org/site/netfwd/Guidelines%20for%20Effective%20Philanthropic%20Engagement-April2014.pdf> [Zugriff 10.01.2015].
- Oxfam, 2014. *Working for the few. Political capture and economic inequality*. Online unter: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-summ-en.pdf> [Zugriff 27.11.2014].
- Policy Cures, 2013a. *Policy Cures receives \$5m grant to support neglected diseases R&D*, Pressemitteilung März 2013. Online unter: <http://polycures.org/downloads/Gatesgrantpressrelease.pdf> [Zugriff am 09.01.2015].
- Policy Cures, 2013b. *Neglected Disease Research and Development: A Five Year Review*. Online unter: [http://www.polycures.org/downloads/GF2012\\_Report.pdf](http://www.polycures.org/downloads/GF2012_Report.pdf) [Zugriff am 09.01.2015].

- Policy Cures, 2014. *Neglected Disease Research and Development: Emerging Trends*. Online unter: <http://www.policycures.org/downloads/Y7%20GFINDER%20Full%20report%20web.pdf> [Zugriff am 09.01.2015].
- Robert Koch Institute, 2013. *Tuberkulose. RIK-Ratgeber für Ärzte*. Online unter: [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Tuberkulose.html#doc2374486bodyText9](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html#doc2374486bodyText9) [Zugriff am 09.01.2015].
- Stuckler, D./Basu, S./McKee, M., 2011. Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed? In: *PLoS Medicine* 8(4): e1001020. doi:101371/journal.pmed.1001020, S. 1-10. Online unter: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001020> [Zugriff am 05.12.2014].
- Tuan, M. T., 2008. *Measuring and/or Estimating Social Value Creation: Insights into Eight Integrated Cost Approaches*. Paper for the Bill & Melinda Gates Foundation. Online unter: <https://docs.gatesfoundation.org/Documents/wwl-report-measuring-estimating-social-value-creation.pdf> [Zugriff am 08.01.2015].
- Ulbert, C., 2011. Influence through Afference? Conceptualizing Private Foundations as Agents of Change. Paper presented at the 52<sup>nd</sup> Annual ISA Convention Montreal March 16-19, 2011. Online unter: [http://inef.uni-due.de/cms/files/isa2011\\_paper\\_ulbert.pdf](http://inef.uni-due.de/cms/files/isa2011_paper_ulbert.pdf) [Zugriff am 27.10.2014].
- Union of International Associations (UIA), 2011. *The Yearbook of International Organizations. Historical overview of number of international organizations by type 1909-2011*. Online unter: [http://www.brill.com/downloads/2011\\_YBIO5\\_Historical\\_overview\\_of\\_number\\_of\\_intl\\_organizations\\_by\\_type.pdf](http://www.brill.com/downloads/2011_YBIO5_Historical_overview_of_number_of_intl_organizations_by_type.pdf) [Zugriff am 03.09.2014].
- United Nations, 2014. *Ebola: UN health agency says more than 1 million people affected by outbreak*, vom 13.08.2014. Online unter: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=48478#.VA4V3mNFxkA/> [Zugriff am 09.09.2014].
- US Foundation Center, 2012. *Fiscal Totals of the 50 Largest Foundations in the U.S. by Total Assets, 2012*. Online unter: <http://data.foundationcenter.org/#/foundations/all/nationwide/top:assets/list/2012> [Zugriff am 10.11.2014].
- US Foundation Center, 2012b. *Aggregate Fiscal Data for Top 50 FC 1000 Foundations Awarding Grants to Recipients Outside the U.S., 2012*. Online unter: <http://data.foundationcenter.org/#/fc1000/subject:all/international/top:foundations/list/2012> [Zugriff am 16.12.2014].
- Walford, V., 2005. Sustainability: Dimensions, Issues and Indicators (Chapter 4). In: *GFATM: Measuring the Systems Effects of the Global Fund with a focus on additionality, partnerships and sustainability, Ressource Document*. Genf: GFATM, S. 45-61. Online unter: [http://www.theglobalfund.org/documents/me/MSE\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/me/MSE_en.pdf) [Zugriff am 06.12.2014].
- Weltbank, 1995. *Working with NGOS. A Practical Guide to Operational Cooperation between The World Bank and Non-governmental Organizations*. Online unter:

- [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/1995/03/01/000009265\\_3961219103437/Rendered/PDF/multi\\_page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/1995/03/01/000009265_3961219103437/Rendered/PDF/multi_page.pdf) [Zugriff am 23.09.2014].
- WHO, Public Health. *Public Health*. Online unter: <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/> [Zugriff am 28.09.2014].
- WHO, Global Health Observatory. *Global Health Observatory (GHO)*. Online unter: <http://www.who.int/gho/en/> [Zugriff am 28.09.2014].
- WHO, 2004. *Diseases of poverty and the 10/90 Gap. International Policy Network 2004*. Online unter: <http://www.who.int/intellectualproperty/submissions/InternationalPolicyNetwork.pdf> [Zugriff am 25.09.2014].
- WHO, 2005. *Life science research: opportunities and risks for public health. Mapping the issues*. Online unter: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO\\_CDS\\_CSR\\_LYO\\_2005.20.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_CDS_CSR_LYO_2005.20.pdf) [Zugriff am 25.09.2014].
- WHO, 2006. *The Stop TB Strategy. Building on enhanced DOTS to meet the TB-related Millenium Development Goals*. Online unter: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_HTM\\_STB\\_2006.368\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf?ua=1) [Zugriff am 10.01.2015].
- WHO, 2007. *Italy reports the first cases of TB resistant to all drugs. May 2007*. Online unter: [http://www.who.int/tb/challenges/xdr/news\\_may07.pdf](http://www.who.int/tb/challenges/xdr/news_may07.pdf) [Zugriff am 10.01.2015].
- WHO, 2011. *Priorities in Operational Research to Improve Tuberculosis Care and Control*. Online unter: <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/StopTB%20Guide.pdf> [Zugriff am 10.01.2015].
- WHO, 2014a. *WHO Statement on the Meeting of the International Health Regulations Emergency Committee Regarding the 2014 Ebola Outbreak in West Africa* 08.08.2014. Online unter: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/> [Zugriff am 09.09.2014].
- WHO, 2014b. *Ebola Data and Statistics. Situation summary. Data published on 09 January 2015*. Online unter: <http://apps.who.int/gho/data/view.ebola-sitrep.ebola-summary-20150109?lang=en> [Zugriff am 10.01.2015].
- WHO, 2014c. *HIV/AIDS Fact Sheet*. Online unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> HIV/AIDS Fact sheet [Zugriff am 14.12.2014].
- WHO, 2014d. *Neglected Tropical Diseases*. Online unter: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/) [Zugriff am 14.12.2014].
- WHO, 2014e. *Tuberculosis. WHO Global Tuberculosis Report 2014*. Online unter: [http://www.who.int/tb/publications/factsheet\\_global.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/factsheet_global.pdf?ua=1) [Zugriff am 14.12.2014].
- WHO, 2014f. *Tuberculosis. Fact Sheet*. Online unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> [Zugriff am 14.12.2014].

- WHO, 2014g. *Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan*. Online unter:  
[http://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/SAGE\\_DoV\\_GVAP\\_Assessment\\_report\\_2014\\_English.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_DoV_GVAP_Assessment_report_2014_English.pdf?ua=1) [Zugriff am 08.01.2015].
- WHO, 2014h. *Global Tuberculosis Report 2014*. Online unter:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1) [Zugriff am 08.01.2015].

## II. Wissenschaftliche Literatur:

- Adloff, F., 2010. Venture Philanthropy. Von der Gabe zu konditionalisierten Formen des Gebens. In: Hoelscher, P./Schlüter, A. (Hrsg.): *Venture Philanthropy in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Lucius&Lucius, S. 39-48.
- Akira, I., 2002. *Global Community: The Role of International Organizations in the Making of the Contemporary World*. Berkeley: University of California Press.
- Andonova, L., 2006. Globalization, Agency, and Institutional Innovation: The Rise of Public-Private Partnerships in Global Governance. In: *Goldfarb Center Working Paper No. 2006-004*, S. 1-59.
- Anheier, H./Toepler, S., 1999. Philanthropic Foundations: An International Perspective. In: Anheier, H./Toepler, S. (Hrsg.): *Private Funds and Public Purpose. Philanthropic Foundations in International Perspectives*. New York: Plenum Publishers, S. 3-23.
- Anheier, H., 2005. *Nonprofit Organizations: Theory, Management, Policy*. London: Routledge.
- Anheier, H./Leat, D., 2006. *Creative Philanthropy*. New York, London: Routledge.
- Anheier, H./Daly, S., 2007. *The Politics of Foundations. A comparative analysis*. London: Routledge.
- Arnove, R., 1980. *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad*. Boston: G.K. Hall&Co.
- Barret, S., 2007. *Why cooperate?: The Incentive to Supply Global Public Goods*. Oxford: Oxford University Press.
- Beisheim, M./Fuhr, H., 2008. Governance durch Interaktion nicht-staatlicher Akteure und staatlicher Akteure. Entstehungsbedingungen, Effektivität und Legitimität sowie Nachhaltigkeit. In: *SFB-Governance Working Paper Series 16 August 2008, DFG Sonderforschungsbereich 700*. Berlin.
- Beisheim, M./Liese, A./Ulbert, C., 2008. Transnationale öffentliche Partnerschaften - Bestimmungsfaktoren für die Effektivität ihrer Governance-Leistungen In: Schuppert, G. F./Zürn, M. (Hrsg.): *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 452-474.
- Bennis, P., 2001. Mit der Wirtschaft aus der Finanzkrise?. In: Brühl, T. et. al., 2001. *Die Privatisierung der Weltpolitik. Entstaatlichung und Kommerzialisierung im Globalisierungsprozess*. Bonn: Dietz, S. 130-149.



- Benz, A./Dose, N., 2004<sup>2</sup>. Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bevir, M., 2011. Governance as Theory, Practice, and Dilemma. In: Bevir, M. (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Governance*. London: SAGE Publication Ltd.
- Boosman, M./Mwinga, A., 2000. Tropical Diseases and the 10/90 Gap. In: *The Lancet* 356( *Supplement 1*), S. 63.
- Bosworth, D., 2011. The Cultural Contradictions of Philanthrocapitalism In: *Society* 48(5), S. 382-388.
- Börzel, T., 2008. Der „Schatten der Hierarchie“ — Ein Governance-Paradox?. In: Schuppert, G. F./Zürn, M. (Hrsg.): *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 118-131.
- Brainard, L./LaFleur, V., 2007. Making Poverty History? How Activists, Philanthropists, and the Public are changing Global Development. Brookings Blum Roundtable, Brookings Global Economy and Development.
- Brühl, T. et. al., 2001. Die Privatisierung der Weltpolitik. Entstaatlichung und Kommerzialisierung im Globalisierungsprozess. Bonn: Dietz.
- Buse, K./Walt, G., 2002. Globalisation and multilateral public-private health partnerships: issues for health policy. In: Lee, K./Buse, K./Fustukian, S. (Hrsg.): *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 76-94.
- Chen, L./Evans, T./Cash, R., 1999. Health as a Global Public Good. In: In: Kaul, I./Grunberg, I./Stern, M. (Hrsg.): *Global Public Goods. International Cooperation in the 21<sup>st</sup> Century*. Published for The United Nations Development Programme. New York: Oxford University Press, S. 284-305.
- Cohen, J., 2002. Gates Foundation Rearranges Public Health Universe. In: *Science* 295(5562), S. 2000-2001.
- Conteh, L./Engels, T./Molyneux, D.H., 2010. Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases. In: *The Lancet* 375 (9710), S. 239-247.
- Cooper, A. F., 2007. *Celebrity Diplomacy*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Culter, A. C., 2003. *Private Power and Global Authority: Transnational Merchant Law in Global Political Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Das Gupta, M./Gostin, L., 2009. Donor's role in building of global public goods in health. In: *The Lancet* 373: 1395-1397.
- Easton, D., 1965. *A System of Analysis of Political Life*. New York: Wiley.
- Edwards, M., 2008. *Just Another Emperor: The Myths and Realities of Philanthrocapitalism*. Demos: A Network for Ideas & Action and The Young Foundation.
- Edwards, M., 2009. Why “Philanthrocapitalism” Is Not the Answer: Private Initiatives and International Development. In: Kremer, M./van Lieshout, P./Went, R. (Hrsg.): *Doing Good or*

- Doing Better. Development Policies in a Globalizing World. Amsterdam: Amsterdam University Press, S. 237-254.
- Fauci, A., 2001. Infectious Diseases: Considerations for the 21<sup>st</sup> Century. In: *Clinical Infectious Diseases* 32(5), S. 675-685.
- Feichtinger, W./Braumandl, W./Kautny, N. (Hrsg.), 2008. Private Sicherheits- und Militärfirmen: Konkurrenten - Partner - Totengräber?. Wien u.a.: Böhlau Verlag.
- Fleishman, J., 2007. The Foundation: A Great American Secret. How Private Wealth is Changing the World. New York: Public Affairs.
- Frenk, J./Gómez-Dantés, O., 2002. Globalization and the Challenges to Health Systems. In: *Health Affairs* 21(1), S. 160-165.
- Gemmill, B./Bamidele-Izu, A., 2002. The role of NGOs and civil society in global environmental governance. In: Esty, D.C./Ivaonova, M.H. (Hrsg.): Global environmental governance: options and opportunities . Princeton: Yale School of Forestry and Environmental Studies.
- Grande, E., 2012. Governance-Forschung in der Governance-Falle? – Eine kritische Bestandsaufnahme. In: *Politische Vierteljahresschrift* 53 (4), S. 565-592.
- Greenwood, B.M., 2008. Control to elimination: Implications for malaria research. In: *Trends in Parasitology* 10, S. 449-454.
- Grode, L. et. al., 2013. Safety and immunogenicity of the recombinant BCG vaccine VPM1002 in a phase 1 open-label randomized clinical trial. In: *Vaccine* 31 (9), S. 1340-1348.
- Hammack, D./Heyedemann, S., 2009. Globalization, Philanthropy and Civil Society: Projecting Institutional Logics Abroad. Bloomington: Indiana University Press.
- Hammack, D./Anheier, H., 2013. A Versatile American Institution. The Changing Ideals and Realities of Philanthropic Foundations. Washington D.C.: Brookings Institution Press.
- Hale, T./Held, D., 2010: Handbook of Transnational Governance: Institutions and Innovations. Cambridge: Polity Press.
- Hauer, B./Castell, S./Loddenkemper, R., 2011. Resistente Tuberkulose: Zunehmende Probleme und Lösungsansätze. Drug-resistant tuberculosis: Growing problems and solutions. In: *Pneumologie* 8, S. 25-31.
- Head, M. et al., 2013. UK investments in global infectious disease research 1997–2010: a case study. In: *The Lancet Infectious Diseases* 13 (1), S. 55-64.
- Head, M./Fitchett, J./Atun, R., 2013. Global health priorities and research funding – Authors' reply. In: *The Lancet Infectious Diseases* 13 (8), S. 653.
- Herd, R., 2012. People, Institutions, and Technology: A Personal View of the Role of Foundations in International Agricultural Research and Development 1960-2010. In: *Food Policy* 37(2), S. 179-190.
- Hulme, D., 2010. Global Poverty. How global governance is failing the poor. London: Routledge.

- Jenkins, G. W., 2011. Who's Afraid Of Philanthrocapitalism?. In: *Case Western Reserve Law Review* 61(3), S. 753-821.
- Kaul, I./Grundberg, I./Stern, M., 1999. Defining Global Public Goods. In: Kaul, I./Grunberg, I./Stern, M. (Hrsg.): *Global Public Goods. International Cooperation in the 21<sup>st</sup> Century*. Published for The United Nations Development Programme. New York: Oxford University Press, S. 2-19.
- Kaul, I./ Mendoza, R., 2003: Advancing the Concept of Public Goods. In: Kaul, I./ Conceição, P./Le Goulven, K./Mendoza, R. (Hrsg.): *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*. Published for The United Nations Development Programme. New York/Oxford: Oxford University Press. S. 78-111.
- Karl, B./Katz. S., 1987: Foundations and Ruling Class Elites. In: *Deadalus* 116, S. 1-40.
- Katz, S. N., 2005. What does it mean to say that philanthropy is "effective"? The Philanthropist's new clothes. In: *Proceedings of the American Philosophical Society* 149 (2), S. 123-132.
- Keck, M./Skink, K., 1998. *Activist Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.
- Kickbusch, I., 1999. Global Public Health: Revisiting Health Public Policy at the Global Level. In: *Health Promotion International* 4 (4), S. 285-288.
- Kiger, J., 2000. *Philanthropic Foundations in the Twentieth Century*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- King, S., 2013. Philanthrocapitalism and the Healthification of Everything. In: *International Political Sociology* 7(1), S. 96 – 98.
- Kilama, W.L., 2009. The 10/90 gap in sub-Saharan Africa: resolving inequities in health research. In: *Acta Tropica* 112(1), S. 8-15.
- Koenig-Archibugi, M., 2011. Global polio eradication initiative. In: Held, D./Hale, T. Hrsg.): *Handbook of Transnational Governance: New Institutions and Innovations*. Cambridge: Polity Press, S. 166-175.
- Koplan, J./Bond, C./Merson, M. et al., 2009. Towards a common definition of global health. In: *The Lancet* 373 (9679), S. 1993-1995.
- Krasner, S., 1991. Global Communications and National Power: Life on the Pareto Frontier. In: *World Politics* 43(3), S. 336-366.
- Levy, M.A./Keohane, R./Haas, P., 1993. Improving the Effectiveness of International Environmental Regimes. In: Levy, M.A./Keohane, R./Haas, P. (Hrsg.): *Institutions for the Earth*. Cambridge, MA.: MIT Press, S. 398-426.
- Ludermann, B., 2001. Privater Arm der Geberstaaten? Widersprüchliche Funktionen von NGOs in der Not- und Entwicklungspolitik. In: Brühl, T. et. al., 2001. *Die Privatisierung der Weltpolitik. Entstaatlichung und Kommerzialisierung im Globalisierungsprozess*. Bonn: Dietz, S. 174-199.
- Maas, K./Liket, K., 2011. Talk the Walk: Measuring the Impact of Strategic Philanthropy. In: *Journal of Business Ethics* 100, S. 445-464.

- Matthews, K./Ho, V., 2008. The grand impact of the Gates Foundation. Sixty billion dollars and one famous person can affect the spending and research focus of public agencies. In: *EMBO Reports* 9 (5), S. 409-412.
- Messner, D., 1996. Politik im Wandel: NGOs in der Irrelevanzfalle oder: NGOisierung der (Welt)politik. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): *Globale Trends und internationale Zivilgesellschaft oder: die NGOisierung der (Welt)politik*. Bonn, S. 11-38.
- McCoy, D. et. al., 2009. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. In: *The Lancet* 373 (9675), S. 1645-1653.
- Moran, M., 2009. Philanthropic foundations and global health partnership formation: the Rockefeller foundation and IAVI. In: Maclean, S./Brown, S./Fourie, P. (Hrsg.): *Health for some: the political economy of global health*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 118-129.
- Moran, M., 2011. Private Foundations and Global Health Partnerships: Philanthropists and 'Partnership Brokerage'. In: Owain, D./Rushton, S. (Hrsg.): *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 123-142.
- Moran, M./Stevenson, M., 2013. Illumination and Innovation: What Philanthropic Foundations bring to Global Health Governance. In: *Global Society* 27(2), S. 117-137.
- Moran, M., 2014a. *Private Foundations and Development Partnerships: American Philanthropy and Global Development Agendas*. Florence, USA: Taylor and Francis.
- Moran, M., 2014b. Global Philanthropy. In: Weiss, T./Wilkinson, R. (Hrsg.): *International Organization and Global Governance*. London: Routledge, S. 372 - 384.
- Ng, N./Ruger, J., 2011. Global Health Governance at Crossroads. In: *Global Health Governance* 3(2), S. 1-37.
- Olson, M., 1968. *The Logic of Collective Action, Public Goods and the Theory of Groups*. Tübingen: Paul Siebeck.
- Owen, J./Lister, G./Stansfield, S., 2009. The Role of Foundations in Global Governance for Health. In: Buse, K./Hein, W./Drager, N. (Hrsg.): *Making Sense of Global Health Governance. A Policy Perspective*. London: Palgrave Macmillan, S. 233-244.
- Page, B./Valone, D., 2007. *Philanthropic Foundations and the Globalization of Scientific Medicine and Public Health*. Lanham u.a.: University Press of America.
- Platon, 2013. *Das Gastmahl (Symposion)*. Edition Holzinger.
- Pogge, T., 2011. How International Nongovernmental Organizations Should Act. In: Illingworth, P./Pogge, T./Wenar, L. (Hrsg.): *Giving Well. The Ethics of Philanthropy*. Oxford: Oxford University Press, S. 46-66.
- Prewitt, K., 2006<sup>2</sup>. NGO Profit Sector - Foundations. In: Powell, W./Steinberg, R. (Hrsg.): *The nonprofit sector: a research handbook*. New Haven u.a.: Yale University Press, S.355-377.
- Ramsay, S., 2001. No closure in sight for the 10/90 health-research gap. In: *The Lancet* 358 (9290), S. 1348.

- Ravishankar, N. et. al., 2009. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. In: *The Lancet* 373, S. 2113-2124.
- Reinalda, B., 2011. *The Ashgate Research Companion to Non-State Actors*. Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- Rockefeller, J. D., 1909 (Reprinted 1984). *Random Reminiscences of Men and Events*. New York: Sleepy Hollow Press.
- Rosenau, J./Czempiel, E.-O., 1992. *Governance without Government. Order and Change in World Politics*. Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Rothkopf, D., 2008. *Superclass: The Global Power Elite and the World They Are Making*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rushton, S./Williams, O., 2011. *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sandberg, B., 2014. Nackte Kaiser retten die Welt - Philanthrokapitalismus. In: Zimmer, A./Simsa, R. (Hrsg): *Forschung zu Zivilgesellschaft, NPOs und Engagement - Quo vadis?*. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 63-80.
- Sandfort, J., 2008. Using Lessons From Public Affairs to Inform Strategic Philanthropy. In: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 37 (3), S. 537-552.
- Salamon, L. M., 1987. Partners in Public Service. The Scope and Theory of Government-Nonprofit Relations. In: Powell, W./Steinberg, R. (Hrsg.): *The nonprofit sector: a research handbook*. New Haven u.a.: Yale University Press, S. 383-409.
- Salamon, L. M., 2002. *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Schlüter, A./Then, V./Walkenhors, P., 2001. *Foundations in Europe: International Reference Book on Society, Management, and Law*. München: Bertelsmann Stiftung.
- Schuppert, G., 2006. *Global Governance and the Role of Non-State Actors*. Schriften zur Governance-Forschung Bd. 5. Baden-Baden: Nomos.
- Sending, J./Neumann, I., 2006. Governance to Governmentality: Analyzing NGOs, States, and Power. In: *International Studies Quarterly* 50, S. 651-672.
- Smith, R./Woodward, D., 2003. Global Public Goods for Health: concepts and issues. In: Smith, R./Beaglehole, R./Woodward, D./ Drager, N. (Hrsg): *Global Public Goods for Health: a health economic and public health perspective*. Oxford: Oxford University Press, S. 3-29.
- Smith, R. et. al., 2004a. Global Public Goods for Health: The Future. In: Smith, R. et al. (Hrsg): *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*. Oxford: Oxford University Press, S. 269-280.
- Smith, R. et. al., 2004b. Communicable disease control: a “Global Public Good” perspective. In: *Health Policy and Planning* 19 (5), S. 271-278.

- Smith, R., 2009. Global Health Governance and Global Public Goods. In: Buse, K./Hein, W./Drager, N. (Hrsg.): Making Sense of Global Health Governance. A Policy Perspective. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 122-136.
- Sridhar, D./Batniji, R., 2008. Misfinancing global health: A case for transparency in disbursements and decision making. In: *The Lancet* 372, S. 1185-1191.
- Sridhar, D., 2009. Global Health – Who can lead? : Dire Disease. In: *The World Today* 65 (2), S. 25-26.
- Stone, L., 1975. The Charitable Foundation: Its Governance. In: *Law and Contemporary Problems* 39 (4), S. 57-74.
- Stone, M./Cutcher-Gershenfeld, S., 2002. Challenges of Measuring Performance in Nonprofit-Organizations. In: Flynn, P./Hodgkinson, V. (Hrsg.): Measuring the Impact of the Nonprofit Sector. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, S. 33-58.
- Ulbert, C./Hamm, B., 2011. Private Foundations as Agents of Development in Global Health: What Kind of Impact Do They Have and How to Assess it?. In: Owain, D./Rushton, S. (Hrsg.): Partnerships and Foundations in Global Health Governance. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 189-205.
- Verma, G., 2009. Analysis of the Mass Media Coverage of the Gates Foundation Grand Challenges in Global Health. In: *Journal of Medical Ethics* 35 (3), S.163-167.
- Webb, D., 2004. Legitimate Actors: The Future Roles for NGOs against HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. In: Poku, N./Whiteside, A. (Hrsg.): The Political Economy of AIDS in Africa. Aldershot: Ashgate, S. 19-32.
- Weder, B./Oschinski, M., 2002. Wachstum und Ungleichheit – eine unverträgliche Beziehung. In: *Die Volkswirtschaft* 1, S. 19-24.
- Walt, G./Spicer, N./Buse, K., 2009. Mapping the Global Health Architecture. In: Buse, K./Hein, W./Drager, N. (Hrsg.): Making Sense of Global Health Governance. A Policy Perspective. London: Palgrave Macmillan, S. 47-71.
- Weidner, H., 2004. Nachhaltigkeitskooperation: von Staatspessimismus zur Zivilgesellschaftseuphorie? In: Gosewinkel D. et. al. (Hrsg.): Zivilgesellschaft – national und transnational. Berlin: WZB-Jahrbuch, S. 383-409.
- Weiss, T., 2013. Global governance: What? Why? Whither?. Cambridge: Polity Press.
- White F./Nanan, D.J., 2007. International and Global Health. In Wallace, R./Kohatsu, N./Last, J. (Hrsg.): Maxcy-Rosenau-Last. Public Health and Preventive Medicine. New York: McGraw Hill, S. 1252–1258.
- Widdus, R./White, K., 2004. Combating Diseases Associated with Poverty: Financing Strategies for Product Development and the Potential Role of Public-Private Partnerships. London Wellcome Trust.
- Youde, J., 2013. The Rockefeller and the Gates Foundation in Global Health Governance. In: *Global Society* 27(2), S. 139-158.

Zignol et. al., 2006. Global Incidence of Multidrug-Resistant Tuberculosis. In: *Journal of Infectious Diseases* 194 (4), S. 479-485.

Zürn, M., 1998. Regieren jenseits des Nationalstaates. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Zürn, M., 2008. Governance in einer sich wandelnden Welt - eine Zwischenbilanz. In: Schuppert, G./ Zürn, M. (Hrsg): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Akteurskonstellation im Global Health Bereich .....	19
Tabelle 2: Typologie (reiner) Güter .....	22
Tabelle 3: Typologie von Stiftungen.....	31
Tabelle 4: Die zehn größten US-amerikanischen Stiftungen und ihre internationalen Spendenausgaben im Jahr 2012 (in US-Dollar) .....	45
Tabelle 5: Zentrale Charakteristika der Gates Stiftung .....	50
Tabelle 6: Die Grand Challenges in der Übersicht .....	66
Tabelle 7: Kategorien der Forschungsförderung 2009-2013 .....	72
Tabelle 8: Projektförderungen Grand Challenges in Global Health .....	73
Tabelle 9: Impfstoffforschung.....	74
Tabelle 10: Diagnosemittelforschung .....	75
Tabelle 11: Investment im Forschungsbereich von 1997-2010 in Großbritannien (in Mio. Pfund).....	80
Tabelle 12: Spendenausgaben der Gates Stiftung im Global Health in Mio. US-Dollar.....	82
Tabelle 13: Ausgaben für die Forschungsbereiche in Mio. US-Dollar.....	83
Tabelle 14: Förderung in der Kategorie Koordination.....	85

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Tuberkuloseforschung nach Produkttyp 2007-2013 .....	70
Abbildung 2: TB-Impfstoffe in der Entwicklung (August 2014) .....	116
Abbildung 3: Globale Forschungsausgaben 2007-2013 .....	116
Abbildung 4: TB und MDR-TB Fälle in Europa von 2005-2013 .....	117
Abbildung 5: TB-Impfstoffe in der Entwicklung (August 2014) .....	117



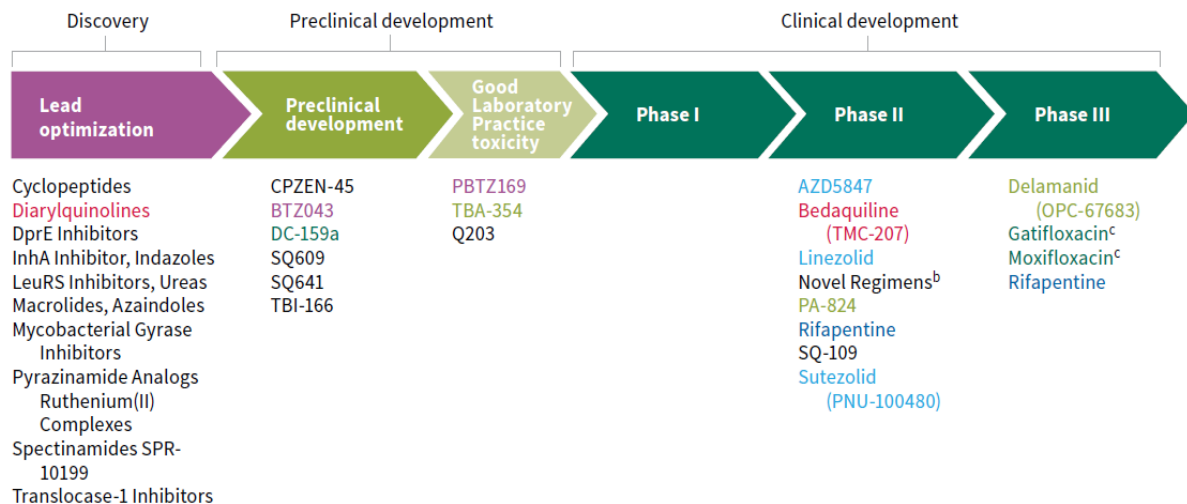
## Anhang

## Anhang 1: Abbildungen

Aus Gründen der Übersicht wurde Abbildung 1 direkt in die Arbeit übernommen.

### Abbildung 2: TB-Medikamente in der Entwicklung (August 2014)

The development pipeline for new TB drugs, August 2014<sup>a</sup>



Chemical classes: fluoroquinolone, rifamycin, oxazolidinone, nitroimidazole, diarylquinoline, benzothiazinone

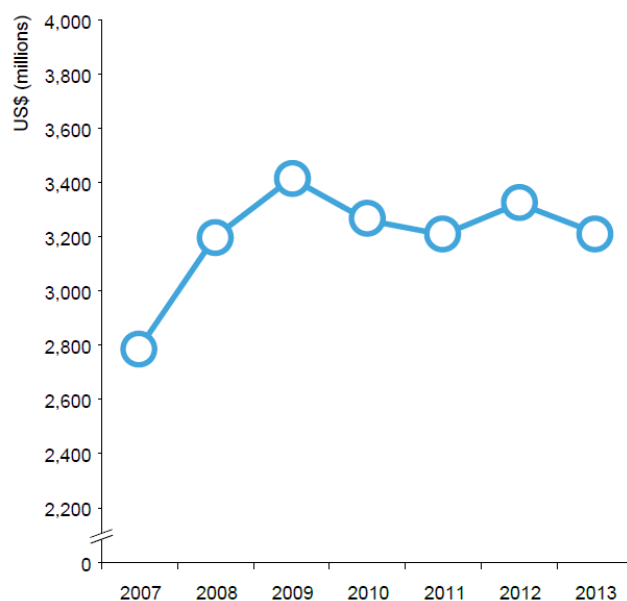
<sup>a</sup> Details for projects listed can be found at <http://www.newtbdrugs.org/pipeline.php> and ongoing projects without a lead compound series identified can be viewed at <http://www.newtbdrugs.org/pipeline-discovery.php>

<sup>b</sup> Combination regimens: NC-001-(J-M-Pa-Z), Phase IIa, NCT01215851; NC-002-(M-Pa-Z), Phase IIb, NCT01498419; NC-003-(C-J-Pa-Z), Phase IIa, NCT01691534; PanACEA-MAMS-TB-01-(H-R-Z-E-Q-M), Phase IIb, NCT01785186

<sup>c</sup> These trials have been completed and results published. See chapter text for further details.

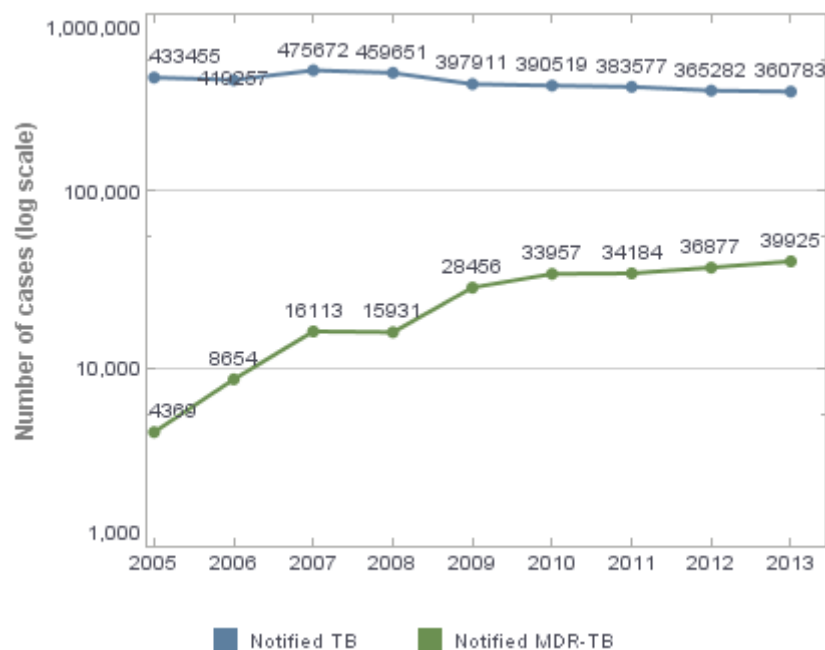
Quelle: WHO 2014: 97

### Abbildung 3: Globale Forschungsausgaben 2007-2013



Quelle: Policy Cures 2013c: 14

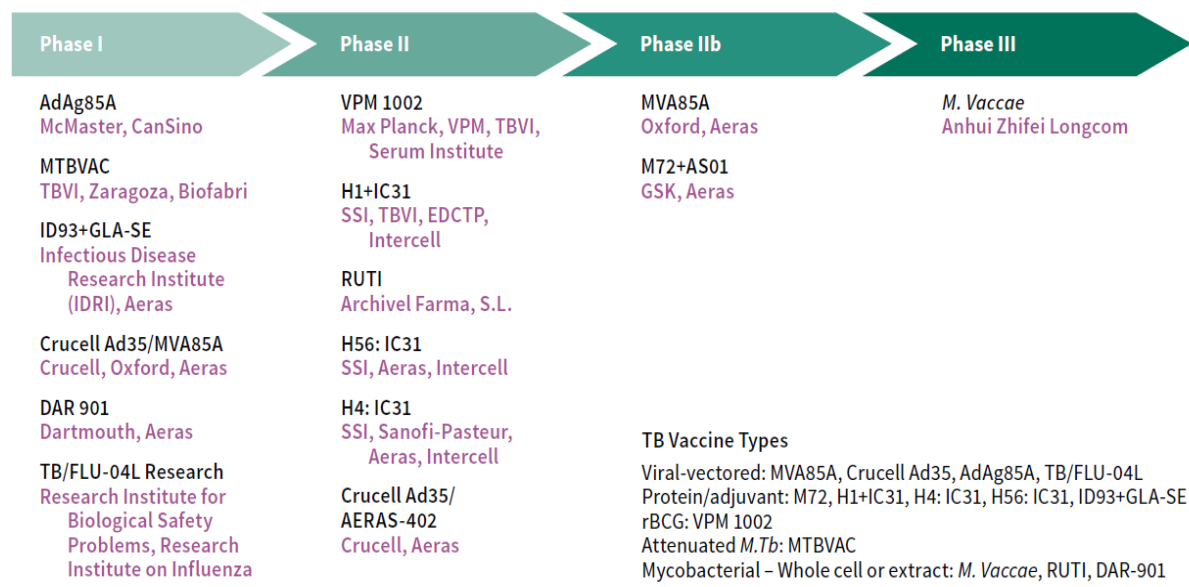
**Abbildung 4: TB und MDR-TB Fälle in Europa von 2005-2013**



Quelle: WHO 2014f ([www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data))

**Abbildung 5: TB-Impfstoffe in der Entwicklung (August 2014)**

**The development pipeline for new TB vaccines, August 2014**



Quelle: WHO 2014: 101

## Anhang 2: Variablendefinition und Regelungsbedürftigkeit

### Variablendefinition

Unabhängige Variable	Vier Erfolgsbedingungen für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten aus einer Perspektive globaler öffentlicher Güter	Abhängige Variable
<b>Ressourcen philanthropischer Stiftungen</b> (monetär, administrativ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Wissen und Technologie</i></li> <li>- Zugang in nationalen Gesundheitssystemen</li> <li>- Nicht-gesundheitsbezogene Faktoren (unter anderem Nahrungsmittelverfügbarkeit, Hunger, Bildung)</li> <li>- Internationale Regulierung</li> </ul>	<b>Medizinisch-technologische Forschung</b> (im Sinne einer der vier Erfolgsbedingungen für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten)

Quelle: Eigene Darstellung (Variablen nach Smith et. al. 2004b).

### Überblick über die Regelungsbedürftigkeit im Forschungsbereich

Variable: Faktoren:	Medizinisch-technologische Forschung ( definiert als globales öffentliches Gut)		
<b>Problemfeld nach David Gartner</b>	Beitrag zur Initiierung von Entwicklungen neuer Produkte bzw. Medikamente (= Produktion)	Finanzierung von Forschung und Bereitstellung von Finanzmitteln (= Finanzierung)	Internationale Koordination der Akteure zur Rationalisierung der Forschungsprioritäten, des Interessenausgleichs und der Vermeidung von Duplikation (= Koordination)
<b>Problemebenen nach der Typologie von Scott Barrett</b>	<i>Single best-effort</i> (=Produktionsdefizit)	<i>Aggregate effort</i> (=Finanzierungsdefizit)	<i>Weakest links</i> (=Koordinationsdefizit)
<b>Herausforderung (nach der BMGF)</b>  Quelle: Bill und Melinda Gates Foundation <sup>f</sup>	Defizite im wissenschaftlichen Wissen entdecken und Förderung zukunftsweiser Ideen	Lösungen entwickeln, die dort nachhaltig bereitgestellt werden können	Förderung für ein globales Netzwerk von Forschungsinitiativen und Fördergemeinschaften

Fallauswahl	Tuberkulose		
<b>Konkreten Herausforderungen für die jeweilige Ebene (nach NIAID/WHO)</b>	Medikamenten gegen resistente Erreger; neue diagnostische Verfahren zur Entdeckung einer TB-Infektion; Tuberkulose-Impfstoff; Langwierigkeit des klinischen Testverfahrens	Zwei Mrd. US-Dollar pro Jahr für die TB-Forschung	Entwicklung einer nachhaltigen Kollaboration mit allen in der TB-Bekämpfung involvierten Akteuren (Keine genauen Angaben für den Forschungsbereich)

Quelle: Eigene Darstellung

## Anhang 3: Kriterien der Analysekategorien

### *Analysemethode*

Für die Analyse der Datenbank „Awarded Grants“ und der Grand Challenges wurden fünf Kategorien gebildet: IF (= Impfstoffforschung), AF (= Arzneimittelforschung), DF (= Diagnosemittelforschung), NF (= nicht-forschungsrelevant/Koordination) und OF (= Operationale Forschung). Die Datenbank liefert eine Übersicht über den Empfänger (Grantee), das Jahr, den Themenbereich, das zugehörige Programm (Global Health in diesem Fall) und die zugesprochene Summe. Die Datenbank kann unter folgendem Link abgerufen werden:

<http://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database#q/issue=Tuberculosis&program=Global%20Health>.

Die Analyse der Grand Challenges stützte sich auf die Datenbank der Grand Challenges, abzurufen unter der Adresse: <http://grandchallenges.org/>.

### *Methodik*

Die gewährten Spenden, die sich in der Stiftungsdatenbank befinden, wurden durchsucht und entsprechend der Zweckbeschreibung, die bei jeder Spende angegeben ist, in eine der fünf Kategorien eingeteilt. Die Kriterien für die Suche innerhalb der Datenbank waren „Global Health“, „Tuberculosis“ und das entsprechende Jahr von 2009-2013. In der Analyse wurde für die Zuordnung in eine der vier Kategorien in einem ersten Schritt auf den explizit zugeordneten Themenbereich geachtet (Tuberculosis – Vaccine Delivery u.a.) und in einem zweiten Schritt auf die ausführliche Beschreibung. Für den zweiten Schritt wurden folgende Schlagwörter zur Kategorisierung angelegt:

- Impfstoffforschung (IF): vaccine, vaccine delivery, latency, vaccine development
- Arzneimittelforschung (AF): drug, latency
- Diagnosemittel (DF): biomarker, diagnosis, urine, breath, point-of-care
- Operationale Forschung (OF): operation, high-burden countries, country
- Nicht-forschungsrelevant (Koordination) (NF): access, symposium, platform
- Missing

Wenn trotz der Kriterien eine eindeutige Zuordnung nicht möglich sein sollte, sollte es unter der Kategorie „Missing“ vermerkt werden. Das kam jedoch nicht vor. Die folgende Auflistung aller 88 Spenden in der Datenbank listet das Spendenziel, die Fördersumme und die jeweilige Kategorie, in der die Spende von mir verortet wurde, auf. Die Klammer nach der Jahreszahl gibt die Gesamtzahl gewährter Spenden in dem jeweiligen Jahr an.

### *Limitierungen*

Bei der Analyse der Stiftungsdatenbank haben sich zwei Probleme ergeben: Die Summe für die gelistete Anzahl an Spenden entspricht nicht den Gesamtausgaben für die Tuberkulose, welche die Stiftung im jeweiligen Jahr in ihrem Jahresbericht angibt. Aus dem Jahresbericht ist nicht zu entnehmen, wie sich die Fördersumme für die Tuberkulose zusammensetzt. Die Stiftung macht keine Angaben dazu, welche Projekte welchem Bereich zugeordnet werden. Daher ist die Analyse auf die vorhandenen Projekte (insgesamt 88, forschungsrelevant 77) beschränkt. Insgesamt gibt die Stiftung 157 gewährte Spenden an, die aber entsprechend zur Hälfte außerhalb des untersuchten Zeitraums liegen.

Das zweite Problem ist die Zweckbeschreibung der einzelnen Spenden. Die Beschreibung ist zum Teil nicht immer explizit, sondern allgemein gehalten. Als Ursache kann hier der Umstand angesehen werden, dass die Stiftung in ihrer Auflistung nicht zwischen den einzelnen Forschungsbereichen (Impfstoff-/Arzneimittel- und Diagnosemittelforschung sowie Koordination und operationale Forschung) unterscheidet.

Im Bereich der Grand Challenges finden sich Angaben weder über die gewährten Forschungssummen noch über den detaillierten Fortschrittsverlauf. Zwar werden „Milestones“ angesprochen, aber ansonsten keine weiteren Detailangaben. Es wird nur angegeben in welcher Förderphase sich die Projekte befinden (Phase I und Phase II im Bereich der Explorations). Entsprechend der Datengrundlage kann hier also nur auf die Existenz der geförderten Projekte verwiesen werden.

Es wurden nur Projekte ausgewählt, die im Titel oder ihrer Beschreibung einen direkten Bezug zur TB aufwiesen. Andere Forschungsprojekte, die in ihrer Umsetzung letztlich auch für die TB von Relevanz sein könnten, wurden nicht berücksichtigt. Somit kann die Zahl der Projekte, die insgesamt von der BMGF gefördert und für die TB von Relevanz sein könnten, über der hier angegebenen Zahl liegen.

## Kategorisierung der gewährten Spenden aus der Datenbank der BMGF zwischen 2009-2013 im Überblick

	Spendenziel (Originaltext)	Kategorie	Förder- summe in US-Dollar
<b>2013 (21)</b>			
Imperial College London	to develop and implement surveillance for quality of TB care in Mumbai and Patna	OF	\$356,192
World Health Partners	state-wide network of private health providers in Bihar, India	OF	\$3,441,967
PATH	to promote early TB diagnosis and accountable treatment for patients seeking care from private health care sector outlets in Mumbai	OF	\$6,840,000
Wits Health Consortium	to detect, quantify and characterize differentially-culturable bacterial subpopulations in tuberculous sputum	DF	\$1,062,994
Sambodhi Research & Communications	to conduct an impact assessment of intensified urban TB control intervention in Mumbai and Patna	OF	\$866,045
The Research Institute of the McGill University Health Centre	to develop and implement surveillance for quality of TB care using standardized 'mystery clients' among private and public providers in Mumbai and Patna	OF	\$1,069,705
University of Cape Town	to describe treatment delays between identification of RR by Xpert and start of MDR-TB treatment and determine the critical points along this pathway at which delay occurs	DF	\$508,471
	design, construct and establish a functional facility for the exposure of guinea pigs to airborne Mycobacteria tuberculosis generated by patients with active pulmonary tuberculosis, as described in the proposal	IF (Vaccine Delivery)	\$2,464,052
World Health Organization	support the execution of the Stop TB Partnership's Operational strategy in contributing to the Global Plan to Stop TB	NF (Public Policy)	\$3,000,000
Stanford University	for the analysis of samples and data from Scientific Advisory Board-approved vaccine trials and natural history studies	IF	\$2,387,938
Brigham and Women's Hospital	to develop Mycobacteria tuberculosis glycolipid antigen formulations that activate strong and durable CD1/glycolipid-specific T cell responses	IF (Vaccine Delivery)	\$3,143,588
Broad Institute	to validate novel drug discovery tools to serve as a basis for a comprehensive chemigenomics program	AF	\$16,312,343
Seattle Biomedical Research Institute	for the analysis of samples and data from Scientific Advisory Board-approved vaccine trials and natural history studies, in order to, as part of a Systems Biology/ Systems Immunology Consortium, uncover signatures, correlates, and mechanisms of protection	IF	\$4,399,331



Medical Research Council, South Africa	support existing MRC centers and academic centers of excellence in the areas of translational research and experimental medicine	OF	\$11,764,256
Rutgers, The State University of NJ	validate a rabbit model that mimics the range of human manifestations of pulmonary TB as a platform for evaluating candidate TB vaccines for the ability to induce sterilizing immunity and/or protect against progression to cavitary TB following challenge with diverse Mtb strains	IF (Vaccine Delivery)	\$757,376
Board of Governors of Colorado State University	to determine the ability of high transmission strains of tuberculosis to grow in the relevant guinea pig small animal model	IF (Vaccine Delivery)	\$862,470
Clinton Health Access Initiative Inc	to improve global access to second line TB drugs by creating a platform for the consolidated use of existing products and the introduction of new drugs and diagnostics	NF	\$4,872,699
London School of Hygiene and Tropical Medicine	to improve the coordination and quality of TB-related modeling by strengthening the Tuberculosis Modeling and Analysis Consortium (TB MAC)	NF	\$2,332,405
London School of Hygiene and Tropical Medicine	to conduct an observational substudy in South Africa, nested within the TB Fast Track trial, to determine the autopsy prevalence of major treatable and preventable infectious disease, particularly TB	OF	\$599,127
University of Cape Town	to identify prospective immune correlates of risk of tuberculosis (TB) disease following natural infection with Mycobacterium tuberculosis	IF	\$3,735,172
Alere Inc.	to integrate the Alere TB NEAR Assay into the qNAT Analyzer platform	DF	\$21,641,037
Gesamt 2013:	OF: 7, NF: 3, DF: 3, AF: 1, IF: 7		
2012 (21)			
University of Cape Town	determine signatures of risk of tuberculosis (TB) disease, to ultimately be used for targeted therapy of persons subclinically infected with Mycobacterium tuberculosis (Mtb), and for enrollment of participants into trials of new TB vaccines	IF (Vaccine Delivery)	\$4,772,781
Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University	develop novel vesicle-derived vaccines against Mycobacterium tuberculosis	IF (Vaccine Delivery)	\$440,000
Max Planck Society for the Advancement of Science EV	define a biosignature for increased risk of developing TB to: (i) accelerate clinical vaccine trials, (ii) facilitate design of preventive drug therapy and (iii) provide guidelines for improved diagnosis	IF (Vaccine Delivery)	\$1,509,813
Weill Medical College of Cornell University	characterize how metabolosomes enable tuberculosis to enter and exit latency and whether they can be used as targets for new drug therapies for TB.	IF*	\$782,724
FIND	to accelerate the late stage development of diagnostic tests for neglected infectious diseases-	DF	\$11,799,022

	es such as tuberculosis		
Rutgers, The State University of NJ	to enable the discovery of effective drug regimens for drug sensitive and drug resistant tuberculosis (TB) disease, by integrating plasma and lesion pharmacokinetic profiling of existing drugs, hits, leads, and clinical development candidates.	AF	\$2,518,838
Weill Medical College of Cornell University	identify the genes that control how tuberculosis exits latency by separating damaged proteins from functional proteins for use in screens to find new and more powerful TB therapies.	AF*	\$646,688
University of Medicine and Dentistry of New Jersey	provide a meeting platform for researchers from academia, industry, NGOs and funding agencies of developing and developed countries, and discuss new results, ideas and issues in TB, malaria and neglected disease drug discovery.	NF	\$39,060
Trudeau Institute Inc.	generate a mouse model of latent tuberculosis.	IF*	\$229,865
University of Cape Town	convene an international conference on global progress regarding the development of new TB vaccines	NF	\$25,000
PATH	provide the China National Program Management Office (NPMO) and the National Tuberculosis Reference Lab (NTRL) with technical assistance to ensure effective implementation of the China-Gates Foundation Tuberculosis Phase 2 project	NF	\$1,896,332
Aeras Global TB Vaccine Foundation	to provide support for rental space required to complete activities described in TB vaccine proposal	IF (Vaccine Delivery)	\$12,838,117
Foundation of the University of Medicine and Dentistry of New Jersey	hold the second in a series of international scientific meetings on the most recent findings in basic and translational research leading to description of new biomarkers, biosignatures or correlates of immunity related to tuberculosis.	NF	\$85,010
The Research Institute of the McGill University Health Centre	to develop target product profiles (TPPs) for point-of-care (POC) TB testing to accelerate further development and validation work in this area	DF	\$1,190,749
TuBerculosis Vaccine Initiative	to improve tuberculosis control by developing and introducing new technologies to prevent, diagnose and treat the disease	IF (Vaccine Delivery)	\$3,391,655
Proteus Digital Health	to research, design, implement, and validate an enhanced TB treatment monitoring strategy called Wirelessly Observed Therapy (WOT) for use in high TB burden countries starting with China	OF	\$243,905
World Health Organization	to develop policies for the rational introduction of new drugs for the treatment of tuberculosis into countries, with the view to ensure optimal access and benefit for all patients in need	NF	\$4,227,928
Aeras Global TB Vaccine Foundation	to accelerate development and licensure of an improved TB vaccine for use in high burden countries	IF (Vaccine Develop.)	\$210,241,935

University of Alberta	identify novel cell wall glycan biomarkers to facilitate the diagnosis of tuberculosis world-wide	DF	\$374,493
SomaLogic, Inc	to develop and validate our aptamer-based tuberculosis (TB) biomarker assay for the accurate identification of persons with active TB with the hope of providing measurable impact on disease transmission and promotion of timely access to therapy	DF	\$1,554,566
Next Dimension Technologies, Inc.	develop and clinically validate a simple, breath-based diagnostic system for tuberculosis using chemiresistive sensor arrays	DF	\$1,000,000
<b>Gesamt:</b>	* TB-Latenz (2x IF, 1xAF); DF: 5; IF: 8; AF: 2, NF: 5; OF: 1		
<b>2011 (23)</b>			
Animal Health and Veterinary Laboratories Agency	develop a bovine BCG challenge model for tuberculosis; validation of human BCG challenge model; development of a bovine M. bovis natural transmission model	IF (Vaccine Delivery)	\$1,213,018
International Finance Corporation	support the government of Bihar to re-engineer G2P payments systems for health payments (incentives, salaries and allowances to health workers etc) in Bihar, including development of a health payments engine that will be rolled out statewide	OF	\$2,625,880
University of Pittsburgh	develop whole body imaging technologies to shorten the duration of chemotherapy for TB.	DF	\$11,664,985
FIND	support the identification and validation of biomarkers for tuberculosis that could be used in diagnostic tests for point-of-care detection of disease or other indications toward improved care and control of tuberculosis in high-burden countries	DF	\$2,392,525
University of Colorado Boulder	develop new modified DNA aptamer affinity reagents for validating M. tuberculosis biomarkers in urine	DF	\$1,812,438
Colorado State University	evaluate the metabolic status of host granulomatous tissue and TB during drug treatment and disease relapse in the mouse model of TB and during disease progression in the mouse and non-human primate models of TB	AF	\$1,005,773
Colorado State University	validate a new mouse model resembling human pathology for TB drug development	AF	\$2,058,368
Institute for Systems Biology	provide open-source assays for prediction of Mtb disease and provide targets that will immediately impact the momentum of developing point-of-care test	DF	\$2,060,105
International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology	provide a quick cost effective easy to use tool at point of care facility and reduce TB burden and community infection in society	DF	\$477,754
Johns Hopkins University	validate a new mouse model resembling human pathology for tuberculosis drug development	AF	\$1,678,013

Rutgers, The State University of NJ	develop a simple methodology that extracts Mycobacterium tuberculosis from sputum samples, enabling future rapid point-of-care tests for tuberculosis	DF	\$845,257
Board of Governors of Colorado State University	validate a novel approach and series of biomarkers for the diagnosis of tuberculosis	DF	\$1,140,784
University of Louisville Research Foundation, Inc.	develop an effective and inexpensive point-of-care breath test for active contagious tuberculosis that can perform better than conventional smear microscopy	DF	\$576,817
The Forsyth Institute	ultimately develop and license an improved point-of-care test for the diagnosis of active tuberculosis for use in high-burden countries	DF	\$750,000
Colorado State University	develop a robust, inexpensive, facile point-of-care test for accurate diagnosis of tuberculosis for use in high burden, low-income countries	DF	\$1,270,819
Burnet Institute	identify serological biomarkers of active tuberculosis suitable for use in diagnosis of infection in both high and low burden settings	DF	\$413,268
The Aurum Institute NPC	evaluate the effectiveness and cost effectiveness of Xpert MTB/RIF in the investigation of TB and its impact on patient and program outcomes and inform policy on the scale up of Xpert MTB/RIF in low- and middle-income countries	OF	\$13,898,900
Stellenbosch University	discover cell surface molecules on peripheral blood mononuclear cells that can serve as biomarkers of tuberculosis treatment response	DF	\$898,225
The Federation of American Societies for Experimental Biology	support the participation of researchers, from countries with a high TB burden, in an international symposium on human immunity to tuberculosis	NF	\$28,750
University of Pittsburgh	use modern imaging techniques to determine the events during early infection that distinguish the differences in the progression of active disease compared to latent infection	IF (Vaccine Delivery)	\$1,000,000
Institute for Financial Management and Research	ensure the timely detection and efficient treatment of tuberculosis in urban slums	OF	\$190,016
Critical Path Institute	apply new regulatory science approaches to significantly shorten the development of more efficacious and safe TB drug regimens with shorter treatment duration	AF	\$20,814,027
Reagan-Udall Foundation	accelerate the development of new TB drug regimens by testing drug candidates in combination before they are individually approved	AF	\$977,165
<b>Gesamt 2011:</b>	AF: 5; OF: 3; NF: 1; IF: 2, DF: 12		
<b>2010 (16)</b>			
Global Alliance for TB Drug Development	accelerate development of anti-tuberculosis treatments by filling the drug development pipeline with novel candidates, developing single drug candidates, and working as a part of the Critical Path to TB drug Regimens	AF	\$164,910,038

Foundation for the National Institutes of Health	produce high-quality chemical hit series with defined, tractable targets as drug leads for tuberculosis	AF	\$12,980,914
Infectious Disease Research Institute	identify new leads and new drug targets for tuberculosis suitable for further drug development with the ultimate goal of producing new drugs to treat tuberculosis	AF	\$7,799,984
Cornell University	identify tuberculosis proteins that are best suited as targets for the development of new and improved drugs against tuberculosis	AF	\$5,533,226
Cornell University	furnish a metabolomic toolset that can accelerate TB drug development	AF	\$2,722,323
World Health Partners	establish a state-wide network of private health providers in Bihar, India to improve management of infectious diseases, including diarrhea, pneumonia, tuberculosis and Visceral Leishmaniasis	OF	\$23,350,000
Cornell University	define/identify in Mtb exiting latency: the identity and distribution of irreversibly oxidized proteins; the relative growth rates of senescent and rejuvenant lineages; and the genes controlling the asymmetric distribution	AF*	\$100,000
Texas A&M Research Foundation	identify new protein targets that will lead to the discovery of new drugs that can dramatically shorten chemotherapy for treatment of tuberculosis	AF	\$2,100,652
Cornell University	promote development of faster-acting drugs for tuberculosis developing high-throughput screens for compounds that kill M. tuberculosis both when it is replicating and during exposure to physiological stresses that prevent it from replicating	AF	\$5,305,354
World Health Organization	support World Health Day 2011, which will aim to raise awareness of the drivers of antimicrobial resistance and to build commitment to common solutions across diseases, through fostering urgent implementation of effective policies and practices	NF	\$400,000
World Health Organization	support efficient and effective allocation of resources for TB control	NF	\$280,806
Fundação Ataulpho de Paiva	ensure the successful delivery and integration of innovative tools for Tuberculosis control into the Brazilian public health system while generating data and creating partnerships that promote Tuberculosis innovation in other countries	OF	\$3,138,113
Brigham and Women's Hospital	provide conference support for the U.S.-Japan Tuberculosis and Leprosy Research Conference	NF	\$10,000
International Centre for Genetic Engineering & Biotechnology	organize an international symposium on Tuberculosis	NF	\$51,500
Aeras Global TB Vaccine Foundation	support the premiere international TB Vaccine Conference, which will incorporate the current goals of the STOP TB working group on TB	NF	\$20,000

	Vaccines and other national and international TB initiatives and emphasizing coordination with TB diagnostics		
World Health Organization	promote effective, affordable, cost-effective, and financially-sustainable diagnosis through treatment of multidrug-resistant tuberculosis in China	NF	\$202,878
<b>Gesamt 2010:</b>	* TB-Latenz (1xAF); AF: 8; IF: /; DF: /; NF: 6; OF: 2		
<b>2009 (7)</b>			
Catalysis Foundation for Health	identify biomarkers of mycobacterium bacterial load for use in development of therapeutics, and to guide treatment decisions	DF	\$7,757,299
World Health Organization	increase commitment and investment in TB prevention, care, and research in order to halve tuberculosis prevalence and death rates	NF	\$2,999,634
Harvard University	address financial barriers to DOTS uptake in China for TB control	OF	\$5,500,000
General Hospital Corporation	research the impact of antiangiogenic treatment on the efficacy of treatment for TB - Exploring vascular homeostasis in TB persistence	IF	\$1,517,393
Chinese Academy of Medical Sciences	engage the Chinese Academy of Science in TB Research	NF	\$525,398
National Health and Family Planning Commission	develop innovative tools and delivery approaches to improve TB control in China	OF	\$33,181,020
TuBerculosis Vaccine Initiative	advocate and raise funds for a tuberculosis vaccine R&D portfolio supported by the TuBerculosis Vaccine Initiative.	NF	\$2,999,877
<b>Gesamt 2009:</b>	DF: 1; NF: 4; OF: 2; IF: 1; AF: /		
<b>Förderzahl Gesamt: 88</b>			

\* TB-Latenz gesamt: Vier. Aufteilung zur Hälfte auf IF und AF

## Kategorisierung der gewährten Spenden aus den Grand Challenges Exploration im Überblick

	Studienziel	Kategorie	Runde/Phase
<b>Diagnose (17)</b>			
William Royea, Next Dimensions Technology, Inc., Pasadena, CA, United States - US	Validation of a Low-Cost, Rapid, Point-Of-Care Diagnostic for Tuberculosis Based on Chemiresistive Sensor Arrays	DF	Round 3 – October 2009 Phase II – Spring 2012
Ranjan Nanda, International Centre for Genetic Engineering & Biotechnology, Delhi, India - IN	Electronic Nose to Smell Tuberculosis from Breath VOCs	DF	Round 3 – October 2009 Phase II – Fall

				2011
Ranjan Nanda, International Centre for Genetic Engineering & Biotechnology, Delhi, India - IN	Electronic Nose to Smell Tuberculosis from Breath VOCs	DF	Round 3 – October 2009	Phase I
William Royea, Next Dimensions Technology, Inc., Pasadena, CA, United States - US	Electrical Detection of TB Signals in Breath	DF	Round 3 – October 2009	Phase I
Scott Phillips, Pennsylvania State University, University Park, PA, United States - US	Highly Sensitive TB Detection using a Paper Cup	DF	Round 3 – October 2009	Phase I
Simon Spivack, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, United States - US	Exhaled Diagnosis of MTb	DF	Round 4 – May 2010	Phase I
Vineet Gupta, University of Miami, Miami, FL, United States - US	Low-Cost, Rapid, Multiplexed Detection of TB	DF	Vineet Gupta, University of Miami, Miami, FL, United States - US	
Mark Schnitzer, Stanford University, Stanford, CA, United States - US	Mass-Produced Microscopes for Low-Cost Diagnosis of TB	DF	Round 4 – May 2010	Phase I
John Fisk, Colorado State University, Fort Collins, CO, United States - US	Non-Invasive Phage Particle Based Sensors for Active TB	DF	Round 4 – May 2010	Phase I
Keith Dunning, Millennium Health Microscope Foundation, Bedford, United Kingdom - GB	Portable Fluorescence Microscopy	DF	Round 4 – May 2010	Phase I
Carol Holm-Hansen, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway - NO	TB Rapid Test (TBRT) Project	DF	Round 4 – May 2010	Phase I
Jennifer Andrew, University of Florida, Gainesville, FL, United States - US	Rapid Point-of-Care Urinary Reporter Assay for the Detection of Tuberculosis	DF	Round 9 – November 2012	Phase I
Christopher Vinnard, Drexel University, Philadelphia, PA, United States - US	A Diagnostic Test for Poor Anti-TB Drug Bioavailability	DF	Round 8 – May 2012	Phase I
Kanury Rao, International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, New Delhi, India - IN	Development of Alternative Strategies of Chemotherapy for TB	DF	Round 8 – May 2012	Phase I
Linda Stewart, Queen's University Belfast, Belfast, United Kingdom - GB	Rapid Detection of Bovine Tuberculosis in Humans	DF	Round 11 – November 2013	Phase I
Guozhi Wang, National Institute For Control Pharmaceutical & Biological Products, Beijing, China - CN	A Simple and Specific Screening Method for M.tb Infection	DF	Round 5 – November 2010	Phase I
Robert Gilman, Asociacion Benefica PRISMA, Lima, Peru - PE	Longitudinal Feno Levels in Active Pulmonary Tuberculosis	DF	Round 5 – November 2010	Phase I
<b>Arzneimittelforschung (16)</b>				
Dan Feldheim, University of Colorado, Boulder, CO, United States - US	Nanocrystal Therapeutics for the Treatment of Multi-Drug Resistant Pathogens	AF	Round 1 – October 2008	Phase II – Fall 2010

Boitumelo Semete, Council for Scientific and Industrial Research (CSIR), Pretoria, South Africa - ZA	A Novel Way of Targeting TB using Aptamers and Nanotechnology	AF	Round 2 – May 2009 Phase I
Gerald Smith, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, WA, United States - US	Anti-TB Drugs That Limit Evolution of Resistance	AF	Round 2 – May 2009 Phase I
Krishna Kodukula, SRI International, Harrisburg, VA, United States - US	Combating Antibiotic Resistance in Tuberculosis	AF	Round 2 – May 2009 Phase I
Nigel Savage, Leiden University Medical Center, Leiderdorp, Netherlands - NL	Host Targets in Mtb Infection	AF	Round 2 – May 2009 Phase I
Marcus Horwitz, University of California, Los Angeles, CA, United States - US	Targeted pH-Gated Nanoparticle Anti-TB Drug Delivery System	AF	Round 2 – May 2009 Phase I
Samantha Sampson, Imperial College London, London, United Kingdom - GB	Gene Locking: Sequence-Specific Targeting of Mycobacterium Tuberculosis	AF	Round 1 – October 2008 Phase I
Anwar Jardine, University of Cape Town, Rondebosch, South Africa - ZA	Mycothioli Processing Enzymes as Potential Anti-Mycobacterial Drug Targets	AF	Round 1 – October 2008 Phase I
Qian Gao, Fudan University, Shanghai, Shanghai province, China - CN	What is the Role of MicroRNA in the Transition from Latent to Activated Tuberculosis?	AF	Round 1 – October 2008 Phase I
Rohit Srivastava, Indian Institute of Technology, Bombay, Mumbai, India - IN	TB Nanodots: Transdermal Controlled Release of TB Drugs	AF	Round 10 – May 2013 Phase I
Anthony Baughn, University of Minnesota, Minneapolis, MN, United States - US	Cyclic Peptides for Eliminating Drug-Tolerant Tuberculosis	AF	Round 9 – November 2012 Phase I
Jean-Laurent Casanova, The Rockefeller University, New York, NY, United States - US	Towards Treatment of Pediatric Tuberculosis with IFN- $\gamma$	AF	Round 4 – May 2010 Phase I
Foundation of the University of Medicine and Dentistry of New Jersey	Development of TB Therapeutics That Inhibit Persistence and Function with New Mechanisms of Action	AF	Round 8 – May 2012 Phase II – Fall 2014
Robert Abramovitch, Michigan State University, East Lansing, MI, United States - US	A Synthetic Biosensor to Find Drugs Targeting TB Persistence	AF	Round 8 – May 2012 Phase I
Erdogan Gulari, University of Michigan, Ann Arbor, MI, United States - US	Discovering New Anti-Microbial Peptides Against Mycobacteria	AF	Round 8 – May 2012 Phase I
Shaorong Chong, New England Biolabs, Ipswich, NY, United States - US	Reconstitution of a Synthetic Mycobacterium tuberculosis System	AF	Round 8 – May 2012 Phase I
Babak Javid, Tsinghua University, Beijing, China - CN	Targeting Mycobacterial Mis-translation to Shorten TB Therapy Duration	AF*	Round 2 – May 2009 Phase II – Fall 2014
Kyu Rhee, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, United States - US	Mining Metabolosomes: A Biochemical Blueprint to New Drug Targets Against Non-	AF*	Round 2 – May 2009 Phase II – Fall



	Replicating Mtb		2012
Carl Nathan, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, United States - US	Sequestration and Asymmetric Distribution of Irreversibly Oxidized Proteins in Mtb	AF*	Round 1 – October 2008 Phase II – Fall 2012
Philana Lin, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, United States - US	Dynamic Evolution of Active and Latent Tuberculosis	AF*	Round 2 – May 2009 Phase II – Fall 2011
Philana Lin, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, United States - US	Dynamic Evolution of Active and Latent Tuberculosis	AF*	Round 2 – May 2009 Phase I
Babak Javid, Harvard School of Public Health, Boston, MA, United States - US	Dominant Lethal Probes to Investigate Latency in TB	AF*	Round 2 – May 2009 Phase I
Maria Lerm, Linköping University, Linköping, Östergötland, Sweden - SE	Latency in M. tuberculosis – A Highly Dynamic Phenomenon	AF*	Round 2 – May 2009 Phase I
Kyu Rhee, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, United States - US	Metabolosomes: The Organizing Principle of Latency in Mtb	AF*	Round 2 – May 2009 Phase I
Bikul Das, Stanford University, Stanford, CA, United States - US	Stem Cell Basis of Tubercular Latency	AF*	Round 2 – May 2009 Phase I
<b>Impstoffforschung (11)</b>			
Arturo Casadevall, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, United States - US	An Arabinomannan-Protein Conjugate Vaccine for Tuberculosis	IF	Round 9 – November 2012 Phase I
Eric Nuermberger, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, United States - US	Mucus-Penetrating Particles to Improve Mucosal TB Vaccines	IF	Round 9 – November 2012 Phase I
Axel Heiser, AgResearch Ltd., Palmerston North, New Zealand - NZ	Mycobacterial Biobeads as a Mycobacterium Tuberculosis Vaccine	IF	Round 9 – November 2012 Phase I
Firdausi Qadri, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, Bangladesh - BD	New Approach in TB Vaccine Development	IF	Round 8 – May 2012 Phase I
Pavan Muttil, University of New Mexico, Albuquerque, NM, United States - US	Pulmonary BCG Immunization for Uniform Protection Against TB	IF	Round 8 – May 2012 Phase I
Vaccine Cytokine Trap Technology to Induce Immunity	Charani Ranasinghe, The Australian National University, Canberra, Australia - AU	IF	Round 4 – May 2010 Phase I
Allison Ficht, Texas A&M Health Science Center, College Station, TX, United States - US	Nanoparticle Mucosal Vaccine Platform from Eggshell Proteins	IF	Round 3 – October 2009 Phase I
Johnjoe Mcfadden, University of Surrey, Guildford, United Kingdom - GB	Improving BCG Vaccine to Make it Compatible with Skin Test	IF	Round 12 – June 2014 Phase I
Susanne Spoormaker, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden - SE	De-Worming as Intervention Against Secondary Diseases	IF	Round 4 – May 2010 Phase I
Carlos Rivera-Marrero, Emory	Development of a Glycan	IF	Round 2 – May

University School of Medicine, Atlanta, GA, United States - US	Vaccine for Tuberculosis		2009 Phase I
Jeff Schorey, University of Notre Dame, Notre Dame, IN, United States - US	Exosomes as a Novel M. tuberculosis Vaccine	IF	Round 2 – May 2009 Phase I
Sarah Fortune, Harvard University, Boston, MA, United States - US	Chromatin Condensation: The Master Switch for Latency	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Matyas Sandor, University of Wisconsin, Madison, WI, United States - US	Granuloma Grafting: A New Model for Mycobacterial Latency and Reactivation	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Alexandre Alcais, Inserm, Paris, France - FR	Human Genetics of Tuberculosis Infection	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Dmitry Shayakhmetov, University of Washington, Seattle, WA, United States - US	Interruption of Latency and In Vivo Adenovirus-Mediated Elimination of Macrophages Infected with M. Tuberculosis	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Amelia Crampin, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom - GB	Investigating the Persistence of Infection with M. Tuberculosis	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Jay Solnick, University of California at Davis, Davis, CA, United States - US	Prevention of Active Tuberculosis by Infection with Helicobacter pylori	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Jerry Nick, National Jewish Health, Denver, CO, United States - US	Protection Against Latent TB Infection by the Cystic Fibrosis Mutation	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Carl Nathan, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, United States - US	Senescent and Rejuvenated Mtb Subsets on Exit from Latency	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
Kim Lewis, Northeastern University, Boston, MA, United States - US	Targeted Capture of Latent M. Tuberculosis Cells From a Mammalian Host	IF*	Round 1 – October 2008 Phase I
<b>Operationale Forschung (4)</b>			
Carlton Evans, Asociacion Benefica PRISMA, Lima, Peru - PE	Empowering Communities to Control TB	OF	Round 13 – November 2014 Phase I
Andrew Cross, Microsoft Research India, Bangalore, India - IN	Fostering TB Medication Adherence via Innovative Packaging	OF	Round 13 – November 2014 Phase I
Ann Don Bosco, Good Business, London, United Kingdom - GB	Nudging TB Sufferers to Cover Mouths Through Social Pressure	OF	Round 13 – November 2014 Phase I
Naoru Koizumi, George Mason University, Arlington, VA, US	Integrating ICT-Based Tuberculosis Treatment Innovations	OF	Round 12 – June 2014 Phase I

\* TB-Latenz gesamt: 18. Aufteilung zur Hälfte auf IF und AF

### **Eigenständigkeitserklärung**

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Masterarbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet und die den benutzten Quellen entnommenen Passagen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Masterarbeit ist in dieser oder einer ähnlichen Form in keinem anderen Kurs vorgelegt worden.

Datum, Unterschrift: